


*Mats Brommels, Timo Aronkytö, Aulikki Kananoja,
Paul Lillrank ja Kari Reijula*

Valinnanvapaus ja monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen


SOSIAALI- JA TERVEYDEN- HUOLLOSSA

Selvityshenkilöryhmän loppuraportti

KUVAILULEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	31.5.2016
Tekijät	Toimeksiantaja
Professori Mats Brommels, vanhus- ja vammaispalvelujen johtaja Timo Aronkylä, ylisosi- aalineuvos Aulikki Kananoja, professori Paul Lillrank ja professori Kari Reijula	Sosiaali- ja terveysministeriö
	HARE-numero ja toimitilien asettamispäivä
	STM121:00/2015
Muiston nimi	
Valinnanvapaus ja monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa	
Tiivistelmä	
<p>■ Selvityshenkilöt esittävät, että sosiaali- ja terveydenhuollossa valinnanvapauden piirissä olevien palvelujen rahoitus tapahtuisi jatkossa kahdessa vaiheessa: Valtio rahoittaa järjestämisvastuussa olevia maakuntia ja maakunnat maksavat korvauksia järjestelmän piiriin hyväksytyille palveluntuottajille.</p> <p>Asiakkaan vähintään puoleksi vuodeksi kerrallaan valitsema asiantuntijapaikka olisi järjestelmään erikseen hyväksytty väestövastuinen sosiaali- ja terveyskeskus täydennettynä äitiys- ja lastenneuvolatoiminnalla. Muut peruspalvelut olisivat valinnanvapauden piirissä, mutta edellyttäisivät erillisen sosiaali- ja terveyskeskuksen eteenpäin ohjauksen. Valtio päättäisi asiakasmaksuista, jotka olisivat samoista palveluista yhteneväiset. Maakunta tekisi sopimuksen tuottajan kanssa ja päättäisi tuottajalle maksettavan korvauksen määrästä valtion vahvistamien periaatteiden perusteella. Sosiaali- ja terveyskeskus voisi olla julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin toimijan ylläpitämä. Maakunta maksaisi voittopuolisesti kapitaatioperusteisen korvauksen listautuneiden asiakkaiden peruspalvelujen järjestämisestä.</p> <p>Monikanavarahoituksen yksinkertaistamiseksi sairaanhoitovakuutusta vastaava osuus kerättäisiin osana valtionverotusta ja tämä osuus yhdistettäisiin maakunnille maksettavaan rahoitusosuuteen. Yksityisen terveydenhuollon käytöstä aiheutuneista kustannuksista ei enää maksettaisi korvausta sairaanhoitovakuutuksesta. Työterveyshuoltoa, lääkehuoltoa, matkakustannuksia, kuntoutusta sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa on tarkasteltu erikseen.</p>	
Asiasanat	
valinnanvapaus, rahoitus, sosiaali- ja terveydenhuolto	
Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:37	Muut tiedot
	www.stm.fi
ISSN-L 2242-0037	Kokonaissivumäärä
ISSN 2242-0037 (verkkopainos)	35
ISBN 978-952-00-3821-2	Kieli
URN:ISBN: 978-952-00-3821-2	suomi
http://urn.fi/ URN:ISBN: 978-952-00-3821-2	
 SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ	

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	
Författare	Uppdragsgivare
Professor Mats Brommels, direktor för äldre- och handikappservicen Timo Aronkytö, översocialiråd Aulikki Kananoja, professor Paul Lillrank och professor Kari Reijula	Social- och hälsovårdsministeriet
	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet
	STM121:00/2015
Rapportens titel	
Valfrihet och förenkling av finansieringen via flera kanaler inom social- och hälsovården	
Referat	
<p>■ Utredarna föreslår att finansieringen av de tjänster inom social- och hälsovården som ingår i valfrihetssystemet sker i två steg: Staten finansierar landskapen, som har anordnaransvar, och landskapen betalar ersättningar till de producenter som godkänts att medverka i systemet.</p> <p>Brukaren av tjänster väljer högst två gånger om året till sin primära kontaktpunkt en befolkningsansvarig social- och hälsocentral, som också handhar mödra- och barnrådgivningen. Övriga basala tjänster ingår i valfrihetssystemet, men förutsätter remiss eller anvisning från social- och hälsocentralen. Staten fastställer brukaravgifterna, som är lika för lika tjänster. Landskapet uppgör avtal med producenterna och fastställer producenternas ersättningar i enlighet med av staten fastställda principer. Social- och hälsocentralen är offentlig, privat eller upprätthållen av tredje sektorn. Landskapet ersätter den i huvudsak enligt antalet anslutna invånare och dess uppdrag är att tillhandahålla basala tjänster.</p> <p>För att förenkla flerkanalfinansieringen uppbärs den nuvarande sjukvårdsförsäkringens premier som en del av statsskatten och ingår i statens finansiering av landskapen. För den privata sektorns tjänster skulle inte längre utbetalas sjukförsäkringsersättningar. Separata förslag har uppgjorts rörande företagshälsovården, läkemedelsersättningarna, reseersättningarna, rehabilitering och skol- och studenthälsovården.</p>	
Nyckelord	
valfrihet, finansiering, social- och hälsovård	
Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2016:37	Övriga uppgifter
	www.stm.fi/svenska
ISSN-L 2242-0037	Sidoantal
ISSN 2242-0037 (online)	35
ISBN 978-952-00-3821-2	Språk
URN:ISBN:978-952-00-3821-2	finska
http://urn.fi/ URN:ISBN:978-952-00-3821-2	
	 SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

SISÄLLYS

1 Johdanto	5
2 Selvitystyön lähtökohdat	6
2.1 Valinnanvapauden nykytila	7
2.2 Julkisten sosiaali- ja terveystalvelujen rahoituksen nykytila	9
3. Selvityshenkilöryhmän ehdotukset	12
3.1 Valinnanvapaus	12
3.1.1 Sosiaali- ja terveystalvelujen valinnanvapauden lähtökohdat	12
3.1.2 Valinnanvapauden piiriin kuuluvien sosiaali- ja terveystalvelujen rahoitus	13
3.2 Monikanavaisen rahoitusjärjestelmän yksinkertaistaminen	26
3.3 Valtion ja maakunnan tehtävät	28
3.4 Tietoon pohjautuvan järjestelmän kehittäminen ja ylläpito	30
4. Arvio vaikutuksista	31
5. Linjauksia jatkotyöhön	35

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 17.12.2015 selvityshenkilöryhmän asiakkaan valinnanvapautta ja monikanavarahoituksen yksinkertaistamisen selvittämistä varten. Selvityshenkilöryhmän puheenjohtajaksi nimettiin professori Mats Brommels ja jäseniksi vanhus- ja vammaispalvelujen johtaja Timo Aronkytö, ylisosiaalineuvos Aulikki Kananaja, professori Paul Lillrank ja professori Kari Reijula.

Selvityshenkilöryhmän asettamispäätöksessä määriteltiin ryhmän tehtävät ja reunaehdot seuraavasti:

1. Kartoitus käytännössä toteutettavissa olevista vaihtoehtoisista valinnanvapausmalleista ja monikanavarahoituksen yksinkertaistamisen käytännön vaihtoehtoista.
2. Ehdotus valittavaksi malliksi (ml. keinot ja menettelytavat), jolla voidaan toteuttaa laaja valinnanvapaus integroidussa sosiaali- ja terveydenhuollossa ja saavuttaa seuraavat tavoitteet:
 - a. Perustason palvelujen vahvistaminen
 - b. Nopean hoitoon pääsyn turvaaminen
3. Ehdotus monikanavarahoituksen yksinkertaistamisen toteuttamistavaksi (ml. keinot ja menettelytavat), joka
 - a. Tukee sosiaali- ja terveydenhuollon reformia
 - b. Tukee julkisen talouden tasapainottamista
 - c. Vähentää rahoitusjärjestelmän osaoptimoinnin riskejä
 - d. Luo edellytykset kustannusvaikuttaville integroiduille sosiaali- ja terveydenhuollon palveluille
 - e. Kannustaa kustannusvaikuttavuuden parantamiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa
4. Työssä piti ottaa erityisesti huomioon
 - a. Työterveydenhuollon asema
 - b. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/24/EU potilaiden oikeuksista rajat ylittävässä terveydenhuollossa
5. Huomioon tuli ottaa myös
 - a. Julkisen palvelulupauksen valmistelu
 - b. Yhdenvertainen palvelujen saatavuus
 - c. Kilpailuoikeudelliset näkökohdat
 - d. Pienten ja keskisuurten tuottajien asema
 - e. Järjestelmän soveltuvuus eri osiin maata
 - f. Osaoptimoinnin ehkäiseminen
6. Erikseen tuli pohtia, rajataanko monikanavarahoitusta koskevan selvitystyön ulkopuolelle yksityisten vakuutuslaitosten kautta järjestetyt lakisääteiset vakuutukset

Selvityshenkilöryhmän toimeksiantoon ei kuulunut valtiosääntöoikeudellisen arvion tai muiden juridisten reunaehtojen tarkastelu, joten ne on välttämätöntä tehdä jatkovalmistelussa.

2 SELVITYSTYÖN LÄHTÖKOHDAT

Hallituksen linjaukset

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen (sote-uudistuksen) kotisivuilla (<http://alueuudistus.fi/soteuudistus>) ilmaistaan uudistuksen tavoitteet seuraavasti:

”Sote-uudistus on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistus. Tavoitteena on kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta ja saatavuutta sekä hillitä kustannuksia.

Uudistus tarkoittaa että:

- Julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu siirtyy kunnilta ja kuntayhtymiltä merkittävästi suuremmille itsehallintoalueille, maakunnille. Sosiaali- ja terveyspalvelut yhdistetään kaikilla tasoilla asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi ja peruspalveluja vahvistetaan.*
- Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavainen rahoitus yksinkertaistetaan ja lisätään ihmisten valinnanvapautta palveluissa.*
- Uudistuksella kurotaan umpeen iso osa julkisen talouden kestävyysvajeesta. Hallituksen 10 miljardin euron säästötavoitteesta noin 3 miljardia euroa on tarkoitus saada sote-uudistuksesta.*
- Rakenteiden ja rahoituksen uudistamisen lisäksi nykyaikaistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta ja toimintamalleja perusteellisesti. Tavoitteena ovat nykyistä asiakaslähtöisemmät, vaikuttavammat, kustannustehokkaammat ja paremmin yhteen sovitettut palvelut.”*

Hallitus linjasi 9.11.2015 julkaisemassaan tiedotteessa sote-uudistuksen jatkoa mm. seuraavasti:

”Asiakkaan valinnanvapaus nopeuttaa hoitoon pääsyä. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaista rahoitusta yksinkertaistetaan ja yksilön valinnanvapautta lisätään. Valmistelu aloitetaan marraskuussa 2015.

Osana uudistusta säädetään valinnanvapauslainsäädäntö. Sen myötä käyttäjä voi itse valita palvelujen julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin tuottajan. Valinnanvapaus on jatkossa pääsääntö perustasolla ja soveltuvin osin käytössä erikoistason sosiaali- ja terveyspalveluissa. Monikanavaisen rahoituksen yksinkertaistamista ja valinnanvapautta laajentava lainsäädäntö on tarkoitus saada voimaan 1.1.2019. Valinnanvapauden tarkoituksena on vahvistaa erityisesti perustason palveluja ja turvata nykyistä nopeampi hoitoon pääsy. Asiakkaan valinnan mahdollisuus turvataan yhtenäisillä palvelujen laatuiperusteilla ja valintaa tukevalla julkisella tiedolla.”

Hallitus sopi 5.4.2016 reformiministerityöryhmässä käytyjen neuvotteluiden ja valmistelun pohjalta linjauksia, jotka ohjaavat (1) sote-järjestämisuudistuksen ja (2) valinnanvapaus- ja monikanavarahoitusuudistuksen sekä (3) aluehallintouudistuksen valmistelua. Selvityshenkilöryhmän tehtävän kannalta näistä keskeisimpiä ovat:

- Sosiaali- ja terveydenhuolto rahoitetaan ensivaiheessa pääosin valtionrahoituksella, jota asiakasmaksuista saatavat tulot ja maakuntien toisilleen työnjaon mukaisesti tuottamista palveluista saatavat tulot sekä maakuntien muut omat tulot täydentävät. Maakunnallisen verotusoikeuden toteuttavuudesta käynnistetään jatkoselvitys, jossa arvioidaan mm. sote-palvelujen laajasta valinnanvapaudesta ja monikanavaisen rahoituksen yksinkertaistamisesta johtuvat tarpeet.*
- Maakunta vastaa järjestäjänä viranomaistehtävistä sekä koko palvelujärjestelmän toimivuudesta ja perusoikeuksien toteutumisesta.*

- *Maakunta erottaa aidosti järjestämisen ja tuotannon eri organisaatioihin (oikeushenkilöihin). Se voi tapahtua hyödyntäen yhtiömuotoa. Lainsäädäntöön luodaan vaihtoehtoisia tapoja järjestämisen ja tuotannon erottamiseen.*
- *Tavoitteena on, että tuleva valinnanvapausmalli tukee pienten ja keskisuurten yritysten mahdollisuuksia toimia markkinoilla sekä uusia innovatiivisia ja digitaalisia palvelumalleja.*
- *Valtioneuvosto varmentaa ja maakunnat huolehtivat monipuolisen tuotantorakenteen toteutumisesta. Yksityinen ja kolmas sektori vastaavat tietyistä vähimmäismäärästä palvelutuotantoa. Konseptikilpailutuksilla haetaan innovatiivisia tai kustannusvaikutavuutta parantavia uusia ratkaisuja.*
- *Julkisen ja yksityisen sekä kolmannen sektorin toimijoilla on mahdollisimman tasapuoliset toimintaedellytykset palveluntuotannossa. Maakunnan tehtävänä on varmistaa, että kaikkialla on saatavilla palveluja sekä huolehtia palvelujen vaikuttavasta ja kustannustehokkaasta tuottamisesta.*

Selvityshenkilöiden tekemät johtopäätökset hallituksen linjauksista

Hallitus painottaa, että tarkoitus on toteuttaa laaja valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa monituottajamallin pohjalta. Maakunnalle osoitetaan selkeät tehtävät järjestäjänä, viranomaistehtävien hoitajana, perustuslain mukaisten oikeuksien takaajana (tarvittaessa ylläpitämällä omaa tuotantoa) ja valinnanvapauden toteuttajana. Hallituksen linjausten mukaan järjestäminen ja tuottaminen on maakunnassa eriytetty. Kilpailuneutraliteettia ja markkinoille pääsyn alhaista kynnystä korostetaan. Pienten ja keskisuurten yritysten mahdollisuuksia osallistua palvelujen tuotantoon vaalitaan erityisesti. Valtion ohjausrooli laajan valinnanvapauden ja monituottajamallin varmistamiseksi on vahva. Tämä koskee myös tietohallintoa. Muilta osin valtio ja maakunta noudattavat toiminnan ohjaamisessa sopimusmenettelyä.

2.1 VALINNANVAPAUDEN NYKYTILA

Julkisesti rahoitetussa sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakkaalla on tänäkin päivänä tietyn asteinen valinnanvapaus. Valinnanvapauden sisältö kuitenkin vaihtelee kunnallisessa terveydenhuollossa, sairaanhoitovakuutuksesta rahoitettavassa yksityisessä terveydenhuollossa, työterveyshuollossa ja sosiaalihuollossa.

Vuodesta 2014 alkaen potilaalla on ollut mahdollisuus valita terveysasema ja erikoissairaanhoidon yksikkö kaikista Suomen julkisista terveysasemista ja sairaaloista. Kerrallaan asiakas voi olla vain yhden terveysaseman asiakkaana ja terveysasemaa voi vaihtaa kirjallisella ilmoituksella enintään vuoden välein. Jos henkilö kuitenkin oleskelee pidempiä aikoja kotikuntansa ulkopuolella, hän voi saada hoitosuunnitelmansa mukaista hoitoa väliaikaisen asuinkuntansa terveysasemalta. Erikoissairaanhoidon hoitopaikan potilas voi valita yhteistyössä lähettävän lääkärin tai hammaslääkärin kanssa. Hoitopaikka on valittava niin, että se vastaa niitä tarpeita, joita potilaan hoito edellyttää.

Potilaalla on hoitopaikan käytäntöjen mahdollistamissa rajoissa oikeus valita myös häntä hoitava lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattilainen häntä hoitavassa terveydenhuollon yksikössä. Valinnanvapaus ei kuitenkaan ulotu hoitomuodon valintaan.

Kunnallisessa toiminnassa käytettävät palvelusetelit lisäävät myös omalta osaltaan asiakkaan valinnanvapautta sekä sosiaali- että terveyspalveluissa. Palvelusetelillä hankittava palvelu on vaihtoehto kunnan tuottamalle palvelulle. Palvelusetelin käyttö perustuu kuitenkin aina kunnan päätökseen. Kunta myös hyväksyy palveluntuottajat, joiden palveluja voidaan ostaa palvelusetelillä. Asiakkaalla on oikeus kieltäytyä setelin vastaanottamisesta, jolloin hänet tulee

ohjata muulla tavoin järjestettävien palvelujen piiriin. Asiakkaalla ja potilaalla on palvelusetelillä ostetuissa palveluissa samat oikeudet kuin muissakin sosiaali- ja terveyspalveluissa.

Julkista terveydenhuoltoa täydentää julkinen sairausvakuutus ja erityisesti siihen kuuluvat sairaanhoitovakuutuksen korvaukset¹. Sairausvakuutuslaki toteuttaa osaltaan perustuslaissa säädettyä riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen vaatimusta ja siihen sisältyvä sairaanhoitovakuutus luotiin aikanaan täydentämään julkista terveydenhuoltoa sekä turvaamaan vakuutettujen omaa valinnan vapautta. Sairaanhoitokorvauksia maksetaan yksityisen terveydenhuollon käytön kustannuksista, avohuollon lääkkeistä ja terveydenhuoltoon ja kuntoutukseen tehdystä matkoista. Lisäksi sairaanhoitovakuutuksesta rahoitetaan vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta, ammatillista kuntoutusta ja kuntoutuspsykoterapiaa sekä Ylioppilaiden Terveydenhoitosäätiön (YTHS) menoja.

Sairaanhoitovakuutuksen korvausjärjestelmässä asiakas voi itse valita hoitopaikan ja terveydenhuollon ammattihenkilön. Korvauksen maksamisen edellytyksenä on vain, että hoidon antaneella tai tutkimuksen tehneellä lääkärillä tai hammaslääkärillä tai sairausvakuutuslain mukaisella muulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä on oikeus harjoittaa ammattiaan laillistettuna ammattihenkilönä. Valtiontalouden säästöjen vuoksi sairaanhoitokorvausten korvaustaso on kuitenkin vuosien varrella laskenut niin alhaiseksi, ettei lääkärinpalkkioista, fysioterapiasta tai tutkimuksesta ja hoidosta maksettavat sairaanhoitokorvaukset enää aidosti mahdollista valinnan vapauden toteutumista, jos potilas ei ole valmis itse maksamaan suurinta osaa kustannuksista. Myös sairaanhoitokorvauksiin kuuluvilla matkakorvauksilla on osaltaan vaikutusta valinnanvapauden toteutumiseen ja laajuuteen.

Terveyspalvelujen valinnanvapaus ulottuu myös Suomen rajojen ulkopuolelle. Sairaanhoidon saamista toisessa EU- tai ETA-maassa tai Sveitsissä ja kustannusten korvaamista säännellään EU-asetuksissa sosiaaliturvan koordinoimista ja potilaiden oikeuksista rajat ylittävissä terveydenhuollossa annetussa direktiivissä (potilasdirektiivi).

EU-lainsäädäntö turvaa oikeuden saada toisessa EU- tai ETA- maassa tai Sveitsissä lääketieteellisesti välttämätöntä hoitoa tilapäisen oleskelun aikana sekä oikeuden hakeutua varta vasten hoitoon. Kansallisen lainsäädännön perusteella määräytyvä korvaus ulkomailla annetusta hoidosta vaihtelee sen mukaan, onko kyse äkillisestä sairastumisesta vai hoitoon hakeutumisesta. Tilapäisen oleskelun aikana annetun lääketieteellisesti välttämättömän hoidon saa EU- ja ETA-maissa sekä Sveitsissä kyseisen maan asiakasmaksuilla, jos käytössä on eurooppalainen sairausvakuutuskortti. Muussa tapauksessa hoito korvataan jälkikäteen joko kohdemaan lainsäädännön mukaisesti tai sen mukaan, mitä vastaavan hoidon antaminen olisi maksanut Suomessa julkisessa terveydenhuollossa. Jos toiseen EU- tai ETA-valtion tai Sveitsiin hakeudutaan varta vasten hoitoa hakemaan, hoidon kustannuksista voi jälkikäteen saada Suomessa korvauksen. Korvauksen saaminen edellyttää, että hoito kuuluu Suomen terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Palveluvalikoimaa määrittelee sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto.

Työterveyshuollossa valitsijana on potilaan sijasta työnantaja. Työterveyshuoltolain ja Suomea sitovien kansainvälisten sopimusten perusteella työnantajan on järjestettävä kustannuksellaan työntekijöilleen työterveyshuoltoa. Työnantajalla on valinnanvapaus hankkia työterveyspalvelut julkiselta tai yksityiseltä palvelujen tuottajalta tai tuottaa palvelut itse. Työterveyshuollon järjestämisen kustannuksista työnantajalla on oikeus työntekijäkohtaiseen enimmäismäärään sidottuun korvaukseen, joka rahoitetaan julkisen sairausvakuutuksen työtulovakuutuksesta. Järjestäessään työterveyshuollon palveluja työnantaja valitsee palveluntuottajan eikä työntekijällä itsellään ole valinnanvapautta palveluntuottajan suhteen. Työsuhteessa oleva

¹ Avohuollon lääkekorvausjärjestelmä ja matkakorvausjärjestelmä ovat myös osa sairaanhoitovakuutusta, mutta toisin kuin yksityisen terveydenhuollon korvaukset, lääke- ja matkakorvausjärjestelmää ei ole luotu pelkästään julkista terveydenhuoltoa täydentäväksi järjestelmäksi.

työntekijä on oikeutettu käyttämään työterveyshuoltoa työnantajansa kustantamana työpaikan kanssa työterveyshuoltosopimuksen tehneellä palvelun tuottajalla. Lakisääteisen työterveyshuoltopalvelun ohella työnantaja voi hankkia sairaanhoitopalvelut ko. palvelujen tuottajalta. Työntekijä voi halutessaan hakea sairaanhoitopalveluja sopimustyöterveysasemalta, mutta hän voi käyttää omalla kustannuksellaan myös muita sairaanhoitopalveluja. Työnantaja voi tuottaa palvelut itse (integroitu työterveyshuolto) tai yhdessä jonkun muun työnantajan kanssa. Hän voi myös hankkia palvelut terveyskeskukselta tai kunnalliselta liikelaitokselta tai muulta työterveyshuoltopalvelujen tuottamiseen oikeutetulta toimintayksiköltä tai henkilöltä.

Sosiaalihuollossa valinnanvapauden toteuttamisen lähtökohdat eroavat terveydenhuollon lähtökohdista. Yhteistä terveydenhuollon kanssa on toiminnan asiakaslähtöisyyden, asiakkaan itsemääräämisoikeuden sekä asiakkaan omien toimintaedellytysten vahvistaminen. Nämä seikat perustelevat valinnanvapauden mahdollistamista myös sosiaalihuollon palveluissa. Eroja suhteessa terveydenhuoltoon on valinnanvapauden kohdentamisessa ja toteuttamistavoissa. Niin ikään tietopohja, johon ratkaisut tulisi perustaa, on sosiaalihuollossa terveydenhuoltoa tuntuvasti niukempi ja tässä vaiheessa joudutaan nojautumaan suuressa määrin sekä toiminnan yleistä luonnetta koskevaan että kokemusperäiseen tietoon. Valinnanvapauden ehdot ja edellytykset sosiaalihuollossa on siten tarkkaan harkittava.

Sosiaalihuollon useiden toimenpiteiden vahva oikeuspohja edellyttää monien palvelujen kohdalla viranomaispäätöksiä, joista asiakkaalla tulee olla valitusoikeus. Tämä rajoittaa valinnanvapauden piiriin otettavia palveluja. Sosiaalihuollon palvelurakenne eroaa terveydenhuollon rakenteesta siinä, että perustason toiminta on julkisessa palvelujärjestelmässä jo vahva, kun sen sijaan erikoistason palvelut muodostavat kolmannen ja yksityisen sektorin toteuttaman pirstaleisen kentän. Kolmannelta ja yksityiseltä sektorilta ostetaan siis pääosin erityispalveluja. Vanhuspalveluissa myös perustason palveluja toteutetaan ostopalveluilla, joten tällä sektorilla on runsaasti kokemusta myös muista kuin julkisista tuottajista. Myös palveluseteleiden käytöstä ja kilpailutukseen liittyvistä tekijöistä on sosiaalihuollon valinnanvapauden toteuttamiseksi tietoa.

2.2 JULKISTEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN RAHOITUKSEN NYKYTILA

Sosiaali- ja terveyspalveluja merkittävästi rahoittavia tahoja ovat kunnat, valtio, kotitaloudet, työnantajat ja yksityiset vakuutusyhtiöt. Lisäksi Asumisen rahoitus ja kehittämiskeskus ARA osallistuu erityistä tukea tarvitsevien asumiseen, esimerkiksi kehitysvammaisten, vaikeavammaisten, mielenterveyskuntoutujien ja ikääntyneiden palveluasuntojen rahoittamiseen ja sosiaali- ja terveysministeriö päättää Raha-automaattiyhdistyksen tekemän ehdotuksen pohjalta avustusten jaosta terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon pääasiallisia rahoituslähteitä ovat valtion ja kuntien verotulot, pakolliset lakisääteiset ja vapaaehtoiset vakuutusmaksut sekä asiakasmaksut.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaismenot olivat vuonna 2013 arviolta 25,8 miljardia euroa. Sosiaali ja terveydenhuollon rahoituksesta julkisen rahoituksen osuus on noin 80 prosenttia. Rahoista 71 prosenttia kerätään verotuksen kautta, 14 prosenttia asiakasmaksuina ja omavastuuna, 12 prosenttia vakuutusmaksuina sekä 3 prosenttia muilla tavoin.

Valtio osallistuu kuntien järjestämisvastuulla olevien palvelujen rahoittamiseen maksamalla kunnille valtionosuuksia. Valtio rahoittaa kunnille maksettavat valtionosuudet omista tulolähteistään (arvonlisävero, ansio- ja pääomatulovero, valmistevero, lainanotto). Kunnille myönnettävillä valtionosuuksilla on tarkoitus tasata palvelujen järjestämisen kuntakohtaisia palveluntarve- ja kustannuseroja ja taata kuntien vastuulla olevien palvelujen järjestäminen koko maassa. Lisäksi kunnille suunnataan sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiseen tarkoitettuja valtionosuuksia, mutta niiden merkitys on vähäinen. Keskeinen kunnan saamaan valti-

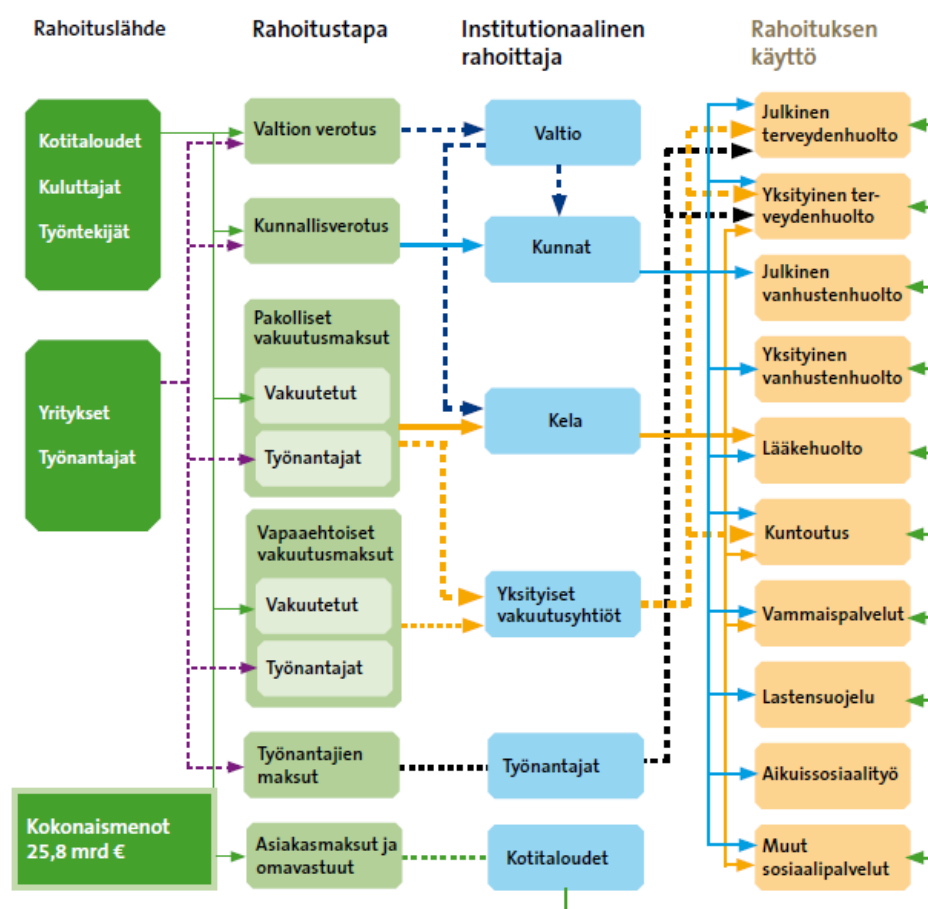
onosuuteen vaikuttava tekijä on kunnan väestö ja sen ikäjakauma. Koska kunnan saamaa valtionosuutta ei ole sidottu käyttötarkoitukseen, valtio osallistuu palvelujen rahoittamiseen epäsuorasti.

Yksittäisenä tulolähteenä verotus on kunnan merkittävin toiminnan rahoittamisen muoto. Kunnan verotulot koostuvat valtaosin kunnallisverosta, osuudesta yhteisöveron tuottoon ja kiinteistöverosta. Kunnallisvero on suhteellinen tasavero eli lähtökohtaisesti jokainen kunnan verovelvollinen maksaa verona yhtä suuren suhteellisen osan veronalaisista tuloistaan kunnalle. Kunnallisveron kertymään vaikuttaa kunnan määrittämä veroprosentti, asukkaiden ansiotulot ja niistä tehtävät verovähennykset. Verotulojen lisäksi kunta rahoittaa toimintaansa valtionosuuksista ja toimintatuloista. Toimintatuloista suurin osa on myyntituloja.

Kansaneläkelaitos osallistuu sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoittamiseen pääasiassa sairausvakuutusrahastosta maksettavien korvausten kautta. Sairausvakuutus jakautuu sairaanhoitovakuutukseen ja työtulovakuutukseen. Sairaanhoitovakuutuksen rahoituksesta vakuutettujen osuus on 55,1 prosenttia ja valtion osuus 44,9 prosenttia. Sairaanhoitovakuutuksen rahoittamiseksi kerättävä sairaanhoitomaksu peritään palkansaajilta ja etuudensaajilta kunnallisverotettavan tulon perusteella. Sairaanhoitovakuutus sisältää lääkärin ja hammaslääkärin palkkioista sekä tutkimuksen ja hoidon kuluista maksettavat korvaukset, lääkekorvaukset, matkakorvaukset, kuntoutusmenot, maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuksen perusturvaan kuuluvat sairaanhoitokorvaukset, korvaukset YTHS:lle sekä EU-maihin maksettavat sairaanhoitokustannusten korvaukset. Työtulovakuutus rahoitetaan pääosin työnantajan sosiaaliturvamaksulla ja palkansaajien ja yrittäjien päivärahamaksulla sekä pienellä valtionosuudella. Työtulovakuutuksesta rahoitetaan sairauspäivärahat, vanhempainpäivärahat, kuntoutusrahat sekä työterveyshuollon kustannukset. Valtio rahoittaa vähimmäismääräiset sairaus-, vanhempainpäivä- ja kuntoutusrahat, osuuden yrittäjien ja maatalousyrittäjien työterveyshuollon menoista sekä pienen osan vanhempainpäivärahoista.

Yksityiset vakuutusyhtiöt rahoittavat sosiaali- ja terveyspalveluja vapaaehtoisten sairaus- ja tapaturmavakuutusten sekä lakisääteisten liikenne- ja tapaturmavakuutusten ja potilasvakuutuksen kautta. Yksityinen sairauskuluvakuutus rahoitetaan kotitalouksien ja työnantajien maksamalla vapaaehtoisilla vakuutusmaksuilla. Lakisääteisen tapaturmavakuutuksen rahoittavat työnantajat tapaturmavakuutusmaksuin ja lakisääteisen liikennevakuutuksen ajoneuvojen omistajat. Potilasvakuutuksen rahoittavat terveyden- ja sairaanhoitotoimintaa harjoittavat toimijat.

Kotitalouksien rahoitusosuus (palvelujen asiakasmaksut ja omavastuut) on Suomessa terveydenhuollossa kansainvälisesti korkea. Vain muutamissa muissa EU-maissa kotitalouksien maksama osuus terveydenhuollon menoista on suurempi kuin Suomessa. Kotitalouksien korkea rahoitusosuus Suomessa johtuu lähinnä lääkkeiden ja suun terveydenhuollon korkeista omavastuista, jotka yhdessä muodostavat noin puolet kotitalouksien maksuista ja omavastuista.



Kuvio1: Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat v. 2012²

Lähde: Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat. THL. RAPORTTI 22 / 2014.
Timo T. Seppälä & Markku Pekurinen (toim.). S.19.

² Kuvassa sosiaalihuollon rahavirrat eivät ole esitetty samalla yleisyydellä kuin terveydenhuollon rahavirrat

3. SELVITYSHENKILÖRYHMÄN EHDOTUKSET

3.1 VALINNANVAPAUS

3.1.1 Sosiaali- ja terveyspalvelujen valinnanvapauden lähtökohdat

Sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut ovat ns. sosiaalisia hyödykkeitä ja siten tyypillisesti yhteiskunnan ylläpitämiä tai rahoittamia. Julkinen rahoitus on joko verotuspohjainen tai järjestelmän rahoitus kerätään yhteiskunnan sääntelemällä sosiaalivakuutusjärjestelmällä. Kaikissa länsimaissa sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevat samat haasteet – demograafisten muutosten ja teknologian kehityksen samanaikaisesti aiheuttama sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvu ja heikkenevästä huoltosuhteesta johtuva rahoituspohjan suhteellinen supistuminen. Tämän ”kustannuskriisin” johdosta länsimaissa – riippumatta siitä onko kyseessä verorahoiteinen tai vakuutus pohjainen järjestelmä - sosiaali- ja terveydenhuolto on jatkuvien uudistusten kohteena. Viimeisen kahden vuosikymmenen aikana sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukset on rakenteellisten uudelleenjärjestelyjen lisäksi suunnattu ohjaus- ja rahoitusjärjestelmien kehittämiseen. Esimerkkeinä ovat tilaajien ja tuottajien hallinnollinen erottaminen, tulosojaus (”pay-for-performance”) sekä hyvää kustannusvaikuttavuutta palkitseva rahoitus (”value based healthcare”).

Sosiaali- ja terveyspalvelujen tärkeimmät uudet kehitysvoimat ovat lääketieteen läpimurrot, yhteiskunnan digitalisaatiokehitys sekä muut teknologiset edistysaskeleet mm. terveys- ja etäpalveluissa sekä kansalaisten yhä parempi osaaminen. Ne mahdollistavat lisääntyvää omahoitoa, palvelujen antajien kanssa tapahtuvaa yhteistyötä ja vastuun jakamista (”kanssahoito”). Tämä yleinen yhteiskunnallinen kehitys tulee huomioida suunniteltaessa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden yhteinen arvopohja korostaa palvelun käyttäjien itsemääräämisoikeuden kunnioittamista ja ihmisten omien toimintaedellytysten vahvistamista. Itsemääräämisoikeutta ja päätöksentekoon osallistumista korostetaan jo vuonna 1992 säädetyssä laissa potilaan asemasta ja oikeuksista. Samat periaatteet sisältyvät myös vuonna 2000 säädettyyn lakiin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Näiden periaatteiden mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen osana on alusta alkaen korostettu sekä asiakaslähtöisyyttä että palvelun käyttäjien osallisuuden ja vaikutusmahdollisuuksien vahvistamista. Valinnanvapausjärjestelmän uudistaminen on osaltaan vahvistamassa edellä mainittujen lakien toteutumista käytännössä.

Kansalaiset ovat myös entistä valmiimpia hankkimaan tietoja ja osallistumaan itsensä hoitamiseen. Kun ihmiset huomaavat vastuunsa ja osallistumismahdollisuuksiensa kasvaneen, he myös haluavat merkittävän roolin itseään koskevien päätösten tekemisessä ja palveluntuottajien valinnassa. Valinnan mahdollisuutta koskeva kiinnostus kansalaisten keskuudessa on seurausta näistä megatrendeistä. Kansalaisten edellytykset ja mahdollisuudet itsenäiseen valintojen tekemiseen, esimerkiksi teknologiaa ja erilaisia tietoaaineistoja hyödyntämällä, ovat erilaiset. Jotta valinnanvapaus voi toteutua yhdenvertaisella tavalla, tarvitaan yksilöllistä ohjausta ja erilaisille palvelujen käyttäjille räätälöityä informaatiota käytettävissä olevia erilaisia mahdollisuuksia hyödyntäen. Huomiota on kiinnitettävä esimerkiksi erityisryhmien, kuten näkö- ja kuulovammaisten, tarvitsemiin kommunikaatiomuotoihin sekä muistisairauksista ja oppimisvaikeuksista kärsivien ihmisten samoin kuin maahanmuuttajien tarvitsemaan tukeen.

Selvityshenkilöt painottavat, että valinnanvapauden lisääminen ja monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen tulee toteuttaa tavalla, joka hallituksen linjausten mukaisesti vahvistaa peruspalveluja, edistää väestön terveyttä ja hyvinvointia sekä luo kannustimia terveys- ja hyvinvointiongelmien ennaltaehkäisyyn.

Hallitus on 5.4.2016 täsmentänyt uudistuksen integraatiotavoitetta. Laaja asiakaskeksinen palveluintegraatio toteutetaan järjestämisen integraation, rahoituksen integraation, tiedon integraation, palveluketjujen integraation ja tuotannollisen integraation keinoin hyödyntämällä verkostomaista rakennetta ja toimintatapaa. Asiakas saa tarpeensa mukaiset palvelut saumatomasti ja viiveettä riippumatta mahdollisista hallinnollisista rajoista tai järjestelyistä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluintegraatio voi toteutua kahdella tavalla:

1. Palvelut tuotetaan saman organisaation toimesta (rakenteellinen integraatio)
2. Palvelut tuotetaan eri organisaatioissa mutta ne toimivat yhteistyössä niin, että asiakkaan saamat palvelut muodostavat eheän kokonaisuuden (toiminnallinen integraatio).

Rakenteellisen integraation etu on, etteivät organisatoriset tai hallinnolliset rajat aseta esteitä palvelukokonaisuuksien muodostamiselle. Integroidussa organisaatiossa on mahdollista siirtää tai kohdistaa organisaation yhteisiä voimavaroja tärkeän palvelun tukemiseen tai puuttuvan palvelun korvaamiseen. Haittana on organisaation koon kasvaminen ja lisääntyvä sisäisen koordinaation tarve. Hallinnollisten esteiden poistaminen ei automaattisesti tarkoita toimijoiden välisen yhteistyön parantumista. Palvelujen kysynnän muutoksiin sopeutuminen vaatii integroidulta organisaatiolta sisäisiä muutoksia, jotka voivat hankaloitua muutosvastarinnan vuoksi.

Toiminnallisen integraation etu on sen joustavuudessa ja mahdollisuudessa antaa kysynnän ohjata palvelujen tarjontaa. Jos tietyllä palvelun tarpeelle ei ole kysyntää, ko. palvelujen tarjoaja poistuu markkinoilta eikä aiheuta väärän tai liiallisen tuotantokapasiteetin ylläpitämistä. Toiminnallinen integraatio syntyy toimijoiden yhteistyön kautta. Siihen kannustaa yhteiset asiakkaat, mutta maakunta alueellisena järjestäjänä viime kädessä vastaa toimijoiden koordinaatiosta; keinoina ovat ohjaus, sopimukset ja taloudelliset kannustimet.

Valinnanvapaus merkitsee valinnanvapauden piiriin kuuluvien erillisten palvelujen ja niiden tuottajien suurehkoa määrää. Tällöin järjestelmällä on enemmän toiminnallisen kuin rakenteellisen integraation piirteitä. Valinnanvapauden toteuttamisessa on siten otettava huomioon tarve järjestää yllä mainittu palveluntuottajien välinen koordinaatio hyödyntäen taloudellisia kannustimia, pakottavia sopimusehtoja, tietoteknisiä mahdollisuuksia sekä poistamalla yhteistyön esteitä.

3.1.2 Valinnanvapauden piiriin kuuluvien sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus

Hallituksen 5.4.2016 tekemien linjausten mukaan valtio rahoittaa ainakin uudistuksen alkuvaiheessa pääosin sosiaali- ja terveydenhuollon.

Koska sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitusmallit ja erityisesti palvelujen tuottajille maksettava julkinen rahoitus eli tuottajien saamat korvaukset nivoutuvat olennaisella tavalla valinnanvapauden toteuttamiseen ja monikanavarahoituksen yksinkertaistamiseen, selvityshenkilöt ottavat ehdotuksessaan kantaa myös niihin. Selvityshenkilöt eivät ole kuitenkaan arvioineet rahoituksen keräämisen erilaisia vaihtoehtoja. Selvityksessä ei myöskään kuvata palveluntuottajille maksettavien korvauseriaatteiden yksityiskohtia vaan ainoastaan tuottajien rahoituksen yleisiä lähtökohtia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän ja tätä myöden myös asiakkaiden valinnanvapauden piirissä olevien palvelujen rahoitus tapahtuu kahdessa vaiheessa: valtio rahoittaa palvelujen järjestämisvastuussa olevia maakuntia ja maakunnat maksavat korvauksia valinnanvapausjärjestelmän piirissä oleville palveluntuottajille.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että valtio osoittaa maakunnille sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen rahoituksen, joka voittopuolisesti perustuu ns. tarvevakioituun kapitaatioon ³. Lisäksi valtio voi käyttää terveys- ja hyvinvointipoliittisia tavoitteita ja taloudellisia tehokkuusvaatimuksia tukevia kannustimia.

Palvelujen tuottajille maksettavat korvaukset voivat olla joko kiinteitä, muuttuvia tai niiden sekamuotoja. Kiinteä korvaus siirtää taloudellisen riskin tuottajalle. Kiinteä korvaus on tyypillisintä väestövastuullisessa toiminnassa, jolloin palvelujen tuottaja vastaa tietyn väestön kaikista tai osasta palveluista. Korvaus lasketaan väestömäärän perusteella, jolloin tyypillisesti otetaan huomioon myös väestön palvelujen tarve. Muuttuva korvaus riippuu tuotettujen palvelujen määrästä, jolloin taloudellinen riski on rahoittajalla.

Kiinteä korvaus sisältää kannustimen panostaa terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen ja ongelmien ennaltaehkäisyyn, mutta voi myös houkutella tarpeellisten palvelujen alitarjontaan ja siirtää ongelmia tietoisesti muiden huoleksi. Kiinteän korvauksen käytön yhteydessä on tärkeää määritellä, mistä palvelusta palveluntuottaja vastaa. Rahoittajan (valtio) näkökulmasta tämä on tärkeää, jotta rahoituksen kohdentumista voidaan seurata ja ohjata. Järjestäjän puolestaan tulee pystyä seuraamaan järjestämisvastuun tehokasta toteutumista. Asiakkaiden puolestaan tulee olla ennakolta tietoisia oikeuksistaan ja saada tarvitsemiaan palveluja.

Muuttuva korvaus voi vastaavasti johtaa palvelujen ylitarjontaan esimerkiksi niin, että toimenpiteiden aiheita lavennetaan yli sen mikä on ammatillisesti perusteltua. Näiden riskien hallitsemiseksi on monissa maissa kehitetty ja sovellettu tuottajille kohdistuvien korvausten sekamalleja ja erilaisia kannustimia sisältäviä korvausmuotoja ⁴. Esimerkkejä näistä ovat

- Täsmennettyjen sopimusehtojen täyttämiseen liittyvät lisäkorvaukset (voivat koskea eri palvelujen tuottajien yhteistyövelvoitteita integroitujen palveluketjujen aikaansaamiseksi) ("sopimusohjaus")
- Laatu- ja vaikuttavuustavoitteiden saavuttamisen perusteella maksettavat lisäkorvaukset ("tulosohjaus", "pay for performance")
- Terveys- ja hyvinvointipoliittisten tavoitteiden toteuttamiseen liittyvät lisäkorvaukset
- Laajemmista palvelukokonaisuuksista maksettavat kiinteät korvaukset ("tuote- tai pakettihinnoittelu", "bundled payments")
- Henkilökohtainen budjetointi (erityispalveluja ja -tukea tarvitsevat asiakkaat, jotka voivat käyttää henkilökohtaisen budjettinsa tarvitsemansa palvelujen hankintaan)

Edellä mainittuja korvausmuotoja on käytetty sekä julkisissa verorahoitetuissa järjestelmissä, vakuutusperusteisissa järjestelmissä, joissa tuottajat ovat yksityisiä, että "sekatalousjärjestelmissä". Myös tulevan uudistuksen yhteydessä on syytä hyödyntää Suomessa saatuja aiempia kokemuksia tuotekohtaisesta hinnoittelusta, palveluseteleistä ja henkilökohtaisesta budjetoinnista.

Selvityshenkilöt ehdottavat että sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapausjärjestelmää uudistettaessa sekä monikanavarahoitusta yksinkertaistaessa sovelletaan tuottajille maksettavien korvausten osalta seuraavia korvausperiaatteita:

- Kiinteä korvaus väestövastuullisesta toiminnasta, joka perustuu väestön määrään ja palvelujen tarpeeseen (ns. tarvevakioitu kapitaatorahoitus)
- Laatu- ja vaikuttavuustavoitteiden toteutumiseen liittyvä lisärahoitus

³ Tarpeeseen vaikuttavat erityisesti väestön ikärakenne ja sosioekonominen asema. Myös väestön tiheys, hajallaan oleva asutus sekä muut maantieteelliset seikat vaikuttavat palvelujen tarpeeseen. Näitä tekijöitä otetaan huomioon nykyisessä sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuskaavassa

⁴ Kymmenen maan kokemukset on koottu keväällä 2016 valmistuvaan OECD-raporttiin ("Innovation in provider payment: New levers to drive health system performance, forthcoming").

- Terveys- ja hyvinvointipoliittisten tavoitteiden mukaan priorisoiduista toiminnoista toimintokohtainen lisärahoitus
- Hyvin määritellyissä palveluissa hoitojakson, polikliinisen hoidon tai hoito- tai palveluepisodin kiinteä rahoitus ("pakettihinnoittelu"), johon voi liittyä vaikuttavuudesta riippuvia lisäeriä
- Henkilökohtainen budjetointi
- Suoriteperusteiset korvaukset

3.1.3 Sosiaali- ja terveyspalvelujen valinnanvapaus

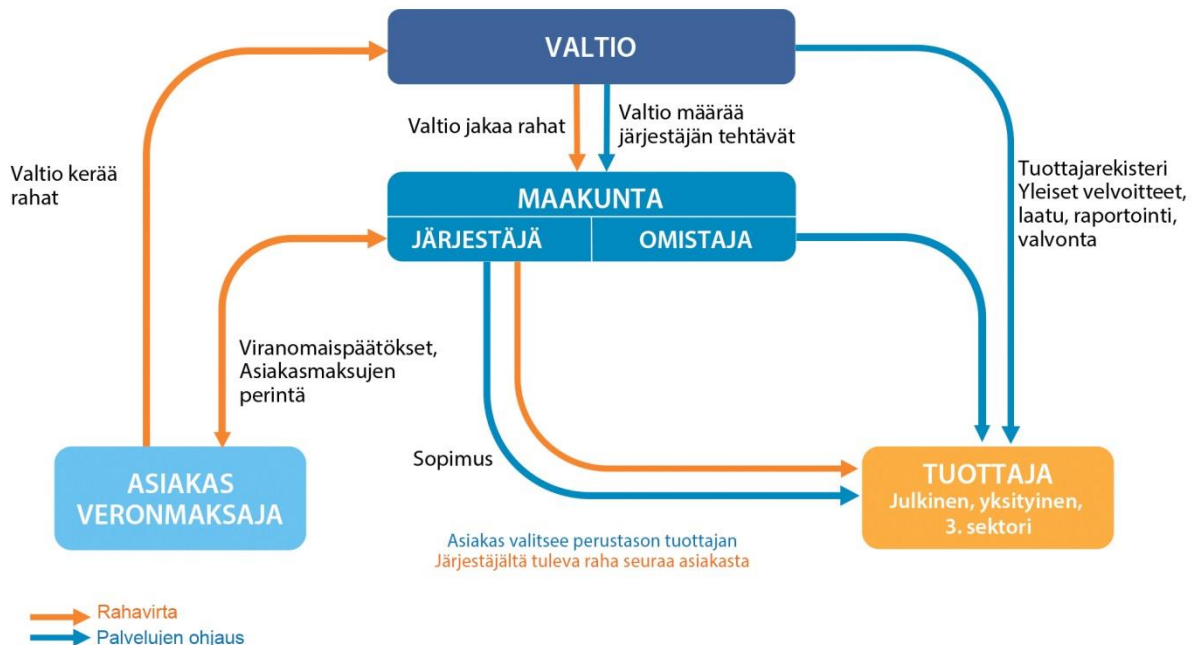
Valinnanvapausmalli

Selvityshenkilöryhmä tarkasteli 15.3.2016 julkaistussa väliraportissaan vaihtoehtoisia malleja, joilla voidaan toteuttaa valinnanvapaus integroidussa sosiaali- ja terveydenhuollossa ja jotka vahvistavat perustason palveluja ja turvaavat nopean hoitoon pääsyn. Väliraportissa esitellyt vaihtoehdot olivat seuraavat:

1. *"Omatiimi"* joka vastaa Tanskan ja Keski-Euroopan maiden perhelääkärimallia, mutta johon kuuluu myös terveydenhoitajan, sairaanhoitajan, sosiaalityöntekijän ja sosiaaliohjaajan antama palvelu. Asiakas valitsee "omatiimin" asiointipaikakseen ja hän voi vaihtaa palvelujen tuottajaa tietyin väliajoin.
2. *Väestövastuinen sosiaali- ja terveyskeskus* tarjoaa yllä mainittujen palvelujen lisäksi kirjon paikallisesti toteutettavia sosiaalihuollon palveluja, perhetyötä, kasvatusta- ja perheneuvontaa, päihde- ja mielenterveystyötä sekä terveyden edistämistä ja ennaltaehkäisyä.
3. *Monitoiminen sosiaali- ja terveyskeskus* sisältää edellä mainittujen palvelujen lisäksi äitiys- ja lastenneuvolat, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon sekä työterveyshuollon.
4. *Integroitu sosiaali- ja terveyskeskus* tuottaa kaikki perustason palvelut. Valinnanvapaus rajoittuu sosiaali- ja terveyskeskuksen valintaan asiointipaikaksi.

Selvityshenkilöt ehdottavat että asiakkaiden ensisijaiseksi asiointipaikaksi valitaan (väliraportin vaihtoehto 2:n mukainen) *väestövastuinen sosiaali- ja terveyskeskus*, kuitenkin täydennettynä äitiys- ja lastenneuvolatoiminnalla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen ohjaus



Kuvio 2. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen ohjaus

Valtio päättää ne palvelut, joiden kohdalla asiakkaalla on vapaus valita sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottaja sellaisiksi hyväksytyjen joukosta (ns. auktorisointimenettely tai tuottajarekisteriin hyväksyminen). Kunkin valinnanvapauden piiriin kuuluvan palvelun osalta valtio vahvistaa tuottajille asetettavat vaatimukset seuraavilta alueilta: ammatillinen osaaminen, toiminnan ylläpitämiseen vaadittavat voimavarat, taloudellinen kantokyky pitkäjänteisen toiminnan varmistamiseksi, laatujärjestelmä sekä seuranta- ja raportointijärjestelmä. Viimeksi mainittu tuottaa tietoja sekä kansalaisille valintojen perustaksi että järjestäjälle seuranta- ja arviointia varten. Lisäksi valtio päättää asiakkaalta palvelujen käytöstä perittävistä asiakasmaksuista ja niiden suuruudesta, jotka ovat samoista palveluista samansuuruisia tuottajasta riippumatta. Valtio päättää myös maksukatoista ja niiden suuruudesta. Palvelujen tuottajien kesken vallitsee laatu-, ei hintakilpailu.

Valtio osoittaa maakunnille sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen rahoituksen, joka suurimmaksi osaksi perustuu tarvevakioituihin kapitaatioon. Lisäksi valtio voi käyttää terveys- ja hyvinvointipoliittisia tavoitteita ja taloudellisia tehokkuusvaatimuksia tukevia kannustimia.

Valtio myös määrittelee korvausperiaatteet, jotka määrittelevät rahoittajan ja järjestäjän välisen vastuunjaon sekä sen, miten paljon harkintavaltaa valtio maakunnille antaa. Korvausperiaatteiden määrittelyllä on myös yhteys taloudelliseen ohjaukseen sekä valtakunnallisen toiminnanohjauksen toteutumiseen. Korvausperiaatteet määrittelevät keskeisesti myös sitä, mitkä ovat palveluntuottajien velvollisuudet ja toisaalta asiakkaiden oikeudet ja oikeutetut odotukset järjestelmässä. Näin ollen korvausperiaatteet vaikuttavat osaltaan myös asiakkaiden oikeusturvan laajuuteen.

Selvityshenkilöiden esittämässä mallissa **maakunta** järjestäjänä vastaa palvelujen tuottajien kanssa laadittavista sopimuksista ja niiden seurannasta (sopimusohjaus) sekä päättää tuottajille maksettavien korvausten määrästä valtion määrittelemien korvausperiaatteiden perusteella. Tuottajalle julkisista varoista maksettava korvaus on maakunnan tasolla samasta palvelusta kaikille julkisille, yksityisille ja kolmannen sektorin tuottajille yhtenäinen. ”Raha seuraa asia-

kasta” eli maakunta osoittaa julkisen rahoitusosuuden sille tuottajalle, jonka asiakas on valinnut. Valtion ja maakuntien käytössä olevat ohjausmekanismit, lainsäädäntö ja sopimusperusteinen ohjaus, tulee määritellä toimivaksi kokonaisuudeksi. Maakunta suorittaa palvelujen tuottajille sopimusten mukaiset valtion säättämien yleisten korvausperiaatteiden perusteella määritellyt korvaukset, valvoo sopimusehtojen noudattamista ja tarvittaessa huolehtii sopimukseen kirjattujen seuraamusten toteuttamisesta. Valtio ja maakunta sopivat valinnanvapausjärjestelmää koskevista yksityiskohdista.

Asiakas valitsee ensisijaiseksi asiointipaikakseen **sosiaali- ja terveyskeskuksen**, jonka tehtäviin kuuluu jäljempänä määriteltyjen peruspalvelujen tuottamisen lisäksi suorittaa muita palveluja koskeva ammatillinen tarpeen arviointi (ns. ”portinvartijan rooli”). Asiakas listautuu valitsemaansa sosiaali- ja terveyskeskukseen vähintään puolen vuoden ajaksi. Tänä aikana asiakas ei voi käyttää toisen sosiaali- ja terveyskeskuksen palveluja. Maakunta maksaa sopimuksen mukaisen korvauksen sosiaali- ja terveyskeskukselle listautuneista asiakkaista.

Sosiaali- ja terveyskeskuksen tehtäviin kuuluu määriteltyjen peruspalvelujen tuottaminen. **Muita julkisrahoitteisia valinnanvapauden piiriin kuuluvia peruspalveluja** tuottavat sosiaali- ja terveyskeskuksen ulkopuoliset palveluntarjoajat. Näitä palveluja voi saada sosiaali- ja terveyskeskuksen toteaman tarpeen mukaisesti **lähetteen tai palveluohjauksen** perusteella. Valinnanvapauden piirissä on myös sosiaali- ja terveyspalveluja, joiden käyttöön oikeuttaa viranomaisen tekemä **etuus- tai erityispalvelua koskeva päätös**.

Selvityshenkilöt esittävät, että maakunnan viranomaisen tekemät etuuspäätökset ja sosiaali- ja terveyskeskuksen laatima palvelusuunnitelma tulisi yhteen sovittaa mahdollisimman joustavien palvelujen aikaansaamiseksi. Muutos myös selkeyttäisi nykytilaa ja parantaisi toiminnan avoimuutta sekä asiakkaiden oikeusturvaa.

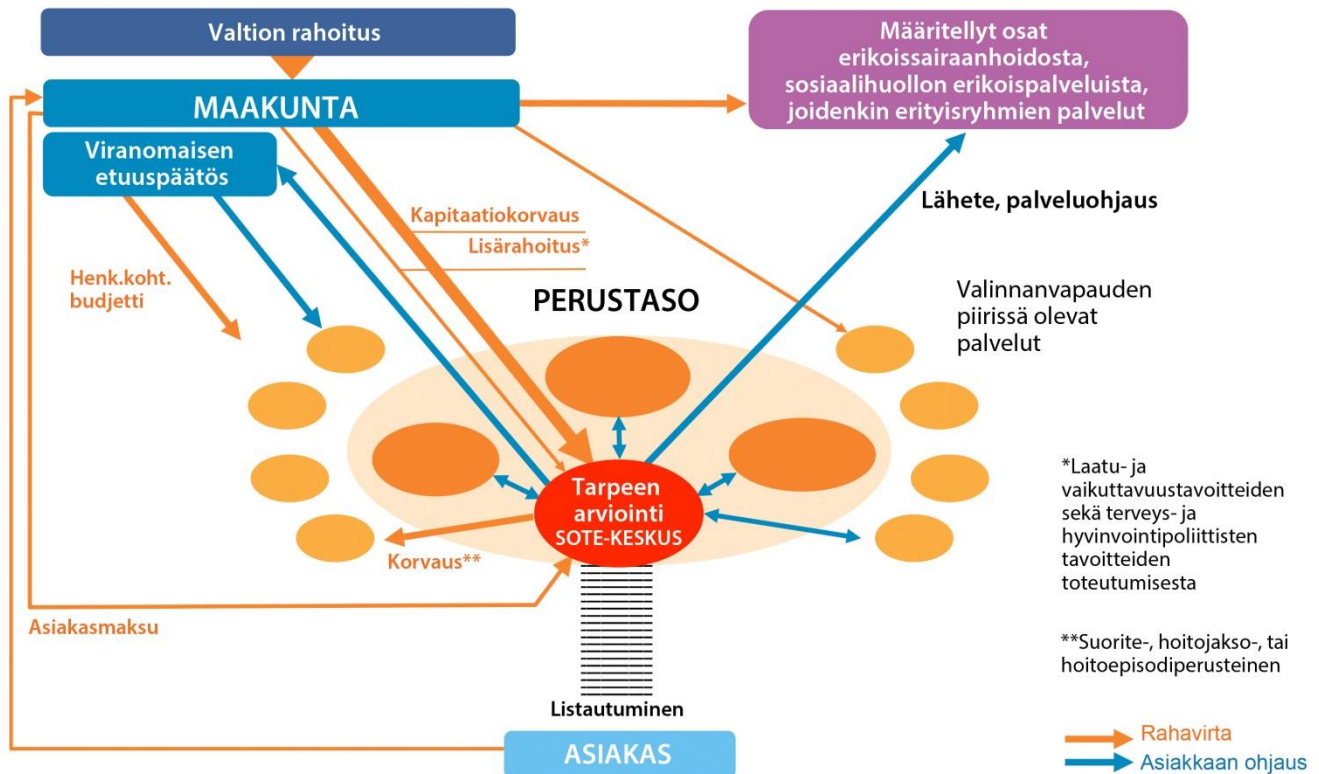
Palvelujen tuottajat (maakunnan sekä yksityisen ja kolmannen sektorin toimijat) ovat asiakkaiden valintojen helpottamiseksi velvollisia tiedottamaan avoimesti ne tiedot, jotka ilmoitetaan järjestäjälle osana seurantaa, arviointia ja valvontaa.

Taulukko 1 Eri toimijoiden rooli valinnanvapausjärjestelmässä

Valtio	Maakunta	Sote-keskus	Asiakas
<ul style="list-style-type: none"> Päätää valinnanvapauden piiriin kuuluvista palveluista. Päätää palveluntuottajien hyväksymiskriteereistä ja vastaa auktorisoinnista sekä valvonnasta. Päätää tuottajien rahoitusperiaatteista. Päätää valtakunnallisesti yhtenäisistä asiakasmaksuista sekä maksu-katoista. Rahoittaa maakunnan järjestämisvastuun piirissä olevan sosiaali- ja terveydenhuollon (tarve-perusteinen kapitaatio) 	<ul style="list-style-type: none"> Päätää tuottajalle maksettavan kapitaatio-korvauksen ja muiden korvausten määrästä valtion määrittelemien rahoitusperiaatteiden perusteella ja huolehtii tuottajille maksettavien korvausten maksamisesta. Vastaa palveluverkoston luomisesta tekemällä sopimukset sote-keskusten ja muiden valinnanvapauden piirissä olevien palvelujen tuottajien kanssa ja valvoo niiden noudatta- 	<ul style="list-style-type: none"> Julkinen, yksityinen tai kolmannen sektorin tuottaja hakeutuu valinnanvapauden piiriin kuuluvien palvelujen tuottajaksi valtakunnallisessa hyväksymismenettelyssä ja sitoutuu noudattamaan hyväksymiskriteereiden mukaiset vaatimukset. Tekee sopimuksen maakunnan kanssa korvauksen suuruudesta ja muista sopimus-ehtoista. Sitoutuu tuottamaan määritellyt valinnanvapauden piiriin kuuluva palvelut sen palvelujen piiriin listautuneille 	<ul style="list-style-type: none"> Valitsee sote-keskuksen julkisen tiedon perusteella. Voi vaihtaa sote-keskusta 6 kk välein. Maksaa palvelusta perittävän asiakasmaksun. Valitsee sote-keskuksen ulkopuolella olevat valinnanvapauden piiriin kuuluvat palvelut maakunnan etuuspäätöksen tai sote-keskuksen antaman lähetteen tai palveluohjauksen

<ul style="list-style-type: none"> • Vastaa omalta osaltaan tuottajan valitsemiseen tarvittavan tiedon saatavuudesta. 	<p>mista.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Päättää muista sopimus-ehdoista. • Perii asiakasmaksut ja tilittää ne edelleen palveluntuottajalle. • Vastaa viime kädessä palvelujen toteutumisesta. • Huolehtii viranomais-tehtävien hoitamisesta, ml. etuuspäätökset. • Vastaa omalta osaltaan tuottajan valitsemiseen tarvittavan tiedon saatavuudesta ja huolehtii siitä, että tieto on mahdollisimman yhdenvertaisesti kaikkien asiakasryhmien esteettömästi saatavilla. 	<p>asiakkaille ja huolehtii palvelutarpeen arvioinnista.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tarvittaessa hankkii palvelut, jos ei tuota niitä itse. • Huolehtii asiakkaan ohjauksesta sote-keskuksen ulkopuolella olevien valinnan-vapauden piiriin kuuluviin palveluihin lähetteen tai palvelu-ohjauksen avulla. • Tuottaa tietoa valinnanvapauden toteutumiseksi ja vie sen sovittuun tieto-järjestelmään. 	<p>perusteella.</p>
--	--	---	---------------------

Valinnanvapausjärjestelmän rahoitus



Kuvio 2. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen ohjaus

Peruspalvelujen kaksivaiheinen valinnanvapaus

Selvityshenkilöiden esittämä valinnanvapausmalli on kaksivaiheinen. Valinnanvapaus kohdistuu

1. sote-keskukseen vähintään puolen vuoden jaksoksi ja
2. sote-keskuksen palvelujen ulkopuolella oleviin valinnanvapauden piiriin kuuluviin palveluihin

Selvityshenkilöt ehdottavat että asiakkaiden ensisijaiseksi asiointipaikaksi valitaan **väestövastuinen sosiaali- ja terveyskeskus**, kuitenkin täydennettynä äitiys- ja lastenneuvolatoiminnalla. Asiakas listautuu valitsemansa sosiaali- ja terveyskeskuksen asiakkaaksi. Sosiaali- ja terveyskeskus on julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin toimijan ylläpitämä. Palvelu on kuitenkin aina luonteeltaan julkista, julkisesti rahoitettua, julkisesti määriteltyä ja julkisen toimijan eli maakunnan järjestämisvastuun piirissä.

Asiakas voi vaihtaa sosiaali- ja terveyskeskusta enintään kuuden kuukauden välein. Jos asiakas ei valitse sosiaali- ja terveyskeskusta, maakunta osoittaa asiakkaalle sosiaali- ja terveyskeskuksen lähialueelta. Maakunta osoittaa asiakkaalle, joka ei itse ole tehnyt valintaa, sosiaali- ja terveyskeskuksen tämän lähialueelta.

Sosiaali- ja terveyskeskuksen palvelut ovat seuraavat:

- Sosiaalihuoltolain mukainen sosiaalityö
- Sosiaaliohjaus
- Sosiaalinen kuntoutus
- Perhetyö
- Kasvatus- ja perheneuvonta

- Päihdetyö
- Mielenterveystyö
- Yleislääkärin vastaanotto (ml. diagnostiset tutkimukset)
- Terveystieteiden ja sairaanhoitajan itsenäinen vastaanotto
- Lasten- ja äitiysneuvola
- Muu terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy

Vaihtoehtojen valintaa puoltavat seuraavat seikat:

- Toteuttaa perustason sosiaali- ja terveydenhuollon integraation
- Toteuttaa kokonaisvaltaisen kansanterveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitetta
- Vastaa pitkälle nykyisenkaltaista perustason palveluorganisaatiota, joten uudistus tältä osin ei johda perustavaa laatua oleviin organisaatiomuutoksiin ja helpottaa muutoksen toteuttamista

Maakunta maksaa kapitaatioperusteisen korvauksen sosiaali- ja terveyskeskukselle sinne listautuneiden asiakkaiden peruspalvelujen järjestämisestä. Peruspalvelujen korvausmalli on tarvevakioitu kapitaatio, johon voidaan liittää laatu- ja vaikuttavuustavoitteiden toteutumiseen liittyvää lisärahoitusta ja terveys- ja hyvinvointipoliittisten tavoitteiden mukaan priorisoiduista toiminnoista toimintokohtaista lisärahoitusta. Palvelujen järjestämisen yhteydessä perittävät palvelukohtaiset asiakasmaksut perii maakunta, mutta ne tuloutetaan palvelun tuottaneelle sosiaali- ja terveyskeskukselle.

Muut peruspalvelut ovat valinnanvapauden piirissä – asiakas valitsee palvelujen tuottajan saatuaan sosiaali- ja terveyskeskuksesta lähetteen tai palveluohjauksen taikka viranomaisen tekemän etuuspäätöksen.

Nämä palvelut ovat:

- Kotipalvelu
- Kotisairaanhoito
- Asumispalvelut
- Laitospalvelut
- Liikkumista tukevat palvelut
- Kuntoutus- ja terapiapalvelut
- Koulu⁵ - ja opiskeluterveydenhuolto⁶
- Suun terveydenhuolto
- Muut erityispalvelut (esimerkiksi ravitsemus- tai puheterapia ja jalkojen hoito)

Maakunta maksaa korvauksen yllämainituista palveluista valtakunnallisesti hyväksytyille tuottajille sen mukaan, millainen korvausmalli kullekin palvelulle on määritetty. Tuote- ja suoriteperusteinen korvaus tai kiinteän ja muuttuvien rahoituserien yhdistelmä toteutetaan palvelujen luonteeseen sopien. Hyvin määritellyissä palveluissa vaihtoehtona on hoitoepisodin kiinteä rahoitus (”pakettihinnointelu”), johon voi liittyä vaikuttavuudesta riippuvia lisäeriä, tai henkilökohtainen budjetointi.

Suun terveydenhuolto on valinnanvapauden piirissä ja nojautuu monituottajamalliin. Asiakas valitsee auktorisoidun⁷ palvelujen tuottajan suoraan *ilman palveluohjausta*. Uudistuksen

⁵ Kouluterveydenhuollon osalta toteutus on sovittava yhteen käynnissä olevan Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen muutosohjelman kanssa.

⁶ Uudistuksen alkuvaiheessa ehdotetaan että Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön toiminta jatkuu nykyisellään.

⁷ Auktorisoitu palveluntuottaja on toimija, joka täyttää julkisrahoitteisille toimijoille asetetut kriteerit ja voi tuottaa valinnanvapauden piirissä olevia palveluja.

pääperiaatteiden mukaisesti tuottajien rahoitusosuudet ja asiakasmaksut ovat samat julkisessa ja yksityisessä suun terveydenhuollossa. Lapsilta ja nuorilta (alle 18-vuotialta) ei peritä asiakasmaksua⁸. Valtio vahvistaa edellä esitetyn yleisperiaatteen mukaisesti asiakasmaksut ja palvelujen tuottajille suoritettavat tuote- ja suoriteperusteiset korvaukset. Maksujen ja korvausten avulla kannustetaan asiakkaita edistämään hammasterveyttään ja tuottajia panostamaan ennaltaehkäisevään toimintaan ja hoitosuhteiden jatkuvuuteen. Kannustavuutta voidaan toteuttaa esimerkiksi maksamalla suhteessa korkeampia korvauksia ennalta ehkäisevistä toimenpiteistä ja matalampia korvauksia perustoimenpiteistä, kuten hampaiden paikkauksesta. Vaikka asiakkaan valinta tapahtuu pääsääntöisesti ilman palveluohjausta, palveluohjauksen keinoin huolehditaan kuitenkin siitä, että julkisrahoitteinen suun terveydenhuolto ottaa erityisen vastuun niiden potilaiden hoitamisesta, joiden kohdalla suusairaudet ovat yleinen terveysriski.

Valinnanvapaus määritellyissä osissa erikoissairaanhoidossa ja sosiaalihuollon palveluja sekä joillakin erityisryhmillä

Maakunnan, valtion vahvistamien periaatteiden mukaisesti, päättämät määritellyt osat erikoissairaanhoidosta ja sosiaalihuollon erikoispalveluista ovat asiakkaan valintojen piirissä – asiakas valitsee palvelujen tuottajan saatuaan sosiaali- ja terveyskeskuksesta lähetteen tai palveluohjauksen taikka viranomaisen etuuspäätöksen. Esimerkkejä tästä voivat olla mm. erikoisalojen avohoito sekä diagnostiikka- ja toimenpideyksiköt ja ennakolta suunnitellut hyvin rajatavissa olevat hoitokokonaisuudet (palveluketju sisältää sekä sairaala- että avohoitoa).

Maakunta maksaa korvauksen yllämainittuja palveluja tarjoaville hyväksytyille tuottajille niiden palvelutuotannon perusteella. Korvauseriaatteen määrittelyä palveluittain: suoriteperusteinen korvaus tai kiinteän ja muuttuvien rahoituserien yhdistelmä kohdennetaan tuottajille palvelujen luonteeseen sopien. Hyvin määritellyissä palveluissa vaihtoehtona on hoitokäytön, polikliinisen hoidon tai hoitotapojen kiinteä rahoitus (”tuote- tai pakettihinnointi”), johon voi liittyä vaikuttavuudesta riippuvia lisäeriä. Valtion vahvistamat asiakasmaksut perii maakunta, joka suorittaa ne palvelujen tuottajalle. Erityisryhmien ”väestövastuullinen toiminta” voitaisiin myös sisällyttää valinnanvapausjärjestelmän piiriin (esimerkiksi erityistä tukea tarvitsevat kansalaiset tai diagnoosiryhmät). Erityisryhmille näiden palveluihin erikoistunut palvelujen tuottaja takaa kaikki tarvittavat palvelut integroidusti.

Palvelutuotannon joustavuutta ja uudistumista edistävät valinnanvapauden järjestämistä koskevat periaatteet

Sosiaali- ja terveyskeskukset voivat hoitaa säädetty tehtävänsä käyttämällä alihankkijoita ja verkostoitumalla keskenään esimerkiksi erikoissosaamista koskevissa toiminnoissa. Tämä mahdollistaa myös pienempien ja paikallisesti toimivien sosiaali- ja terveyskeskuksen ylläpitäjien mahdollisuutta tulla hyväksytyksi tuottajarekisteriin⁹. Myös maakunnan oman sosiaali- ja terveyskeskuksen tulee voida solmia yhteistyösopimuksia alihankkijoiden kanssa siten, että kilpailuneutraaliuteetti tässäkin tilanteessa toteutuu.

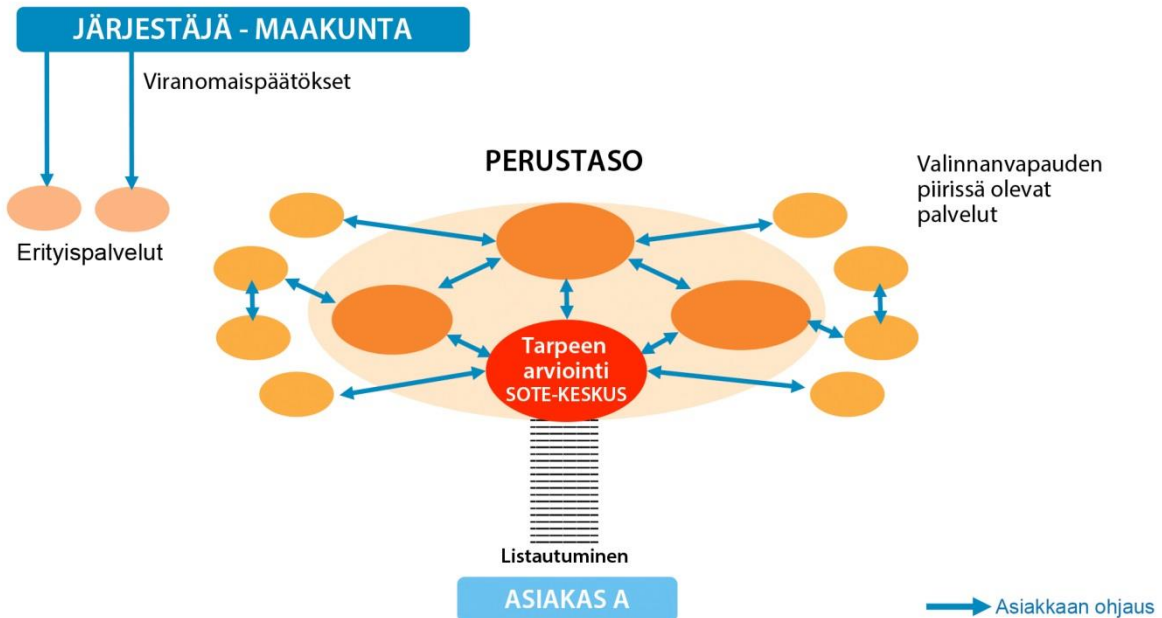
⁸ Lasten ja nuorten suun terveydenhuoltoa tarkastellaan yhdessä neuvolatoiminnan ja koulu-terveydenhuollon kanssa.

⁹ Tarkoittaa auktorisointia, jonka Valvira käsittelee ja päättää. Tällainen sosiaali- ja terveyskeskus vastaa kaikista alihankkijoiden toiminnoista.

Perustason tuotannon vaihtoehtoiset toteuttamistavat

Yksi organisaatio

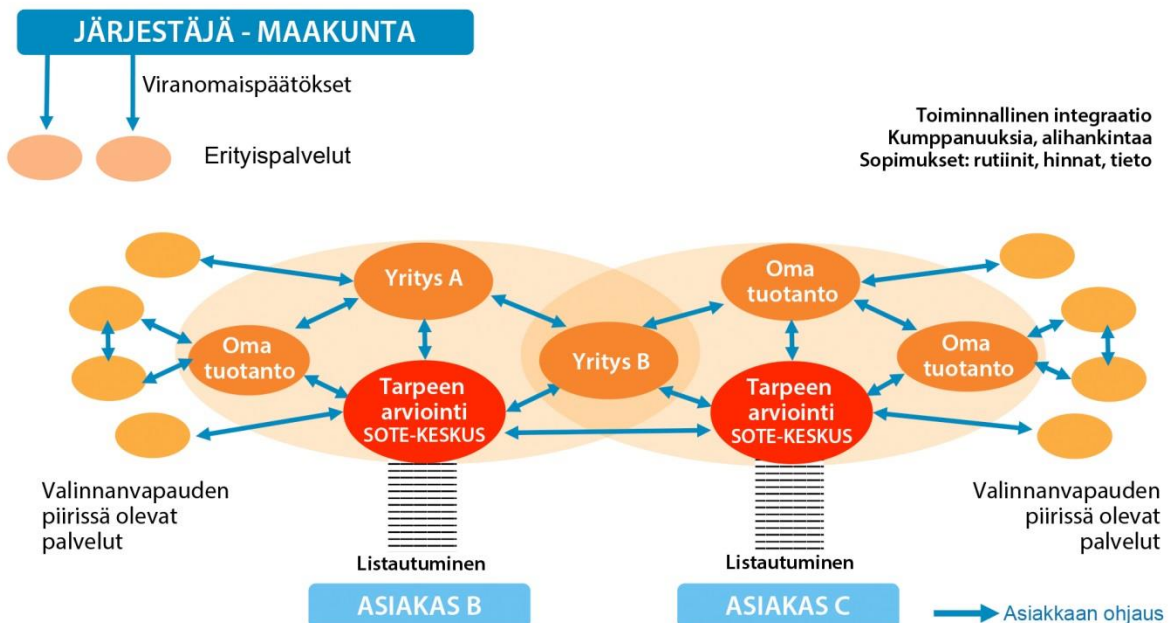
Yksi SOTE-keskus tuottaa kaikki kapitaatiokorvaukseen sisältyvät palvelut omassa organisaatiossa.



Perustason tuotannon vaihtoehtoiset toteuttamistavat

Verkosto, useita SOTE-keskuksia yhteistyössä

Kaikki kapitaatiomaksuun kuuluvat palvelut vastuullisen SOTE-keskuksen omana tuotantona tai kumppaneiden tai alihankkijoiden tuottamina. SOTE-keskus vastaa potilas-, tieto- ja maksuliikenteestä.



Palvelujen tuottajilla on mahdollisuus koota valinnanvapauden piirissä olevia, varsinaisen sosiaali- ja terveyskeskuksen tehtävien ulkopuolelle kuuluvia, muita peruspalveluja suuremmiksi kokonaisuuksiksi ja erilaisten palvelukokonaisuuksien muodostamista kannustetaan.

Palvelujen tuottajille turvataan mahdollisuus tehdä palvelualoite ja ilmoittaa valmiutensa ottaa hoitaakseen osia maakunnan ylläpitämästä palvelutuotannosta. Maakunnan on tutkittava tällainen palvelualoite.

Selvityshenkilöt kannattavat hallituksen linjausta, jonka mukaan maakuntia veloitetaan järjestämään uusia ratkaisuja hakevia konseptikilpailutuksia, jolla vähintään tietty määrä toiminnan volyymin annetaan kolmannen ja yksityisen sektorin kehitettäviin ratkaisuihin. Konseptikilpailutusten järjestämisen yksityiskohtia tulee selvittää jatkovalmistelussa.

Valinnanvapauden tavoitteet voidaan saavuttaa ainoastaan, jos asiakkaat tekevät valintojaan tietoon perustuen. Palvelujen tuottajat ovat asiakkaiden valintojen mahdollistamiseksi velvollisia tiedottamaan avoimesti ne tiedot, jotka ilmoitetaan järjestäjälle osana seuranta- ja arviointia ja valvontaa.

Julkisrahoitteisten sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakasmaksut ja tuottajille maksettavat korvaukset ovat samoista palveluista valtakunnallisesti samat. Palvelujen tuottaja ja asiakas voivat sopia, että asiakas omalla kustannuksellaan hankkii tuottajalta täydentäviä (ylimääräisiä) palveluja. Lisäpalvelut voivat olla julkisrahoitteisiin palveluihin nähden ylimääräisiä joko laadultaan tai määrältään. Jos esimerkiksi palvelusuunnitelman mukaisen sarjahoidon päätyttyä on ammatillisia perusteita tarjota lisäpalveluja, tuottaja ja asiakas voivat sopia hoidon jatkumisesta. Asiakkaalle on lisäpalveluja tarjottaessa korostettava, että hän voi palata palvelusuunnitelman laatineeseen sosiaali- ja terveyskeskukseen hankkimaan arvioita siitä, tulisiko hoitoa jatkaa julkisrahoitteisen toiminnan piirissä.

Erityiskysymykset

Työterveyshuollon toiminnasta on säädetty erillislailla, joka velvoittaa työnantajan järjestämään kustannuksellaan työntekijöilleen työterveyspalvelut. Työnantajalla on vapaus valita palvelujen tuottaja julkiselta tai yksityiseltä palvelujen tuottajalta tai tuottaa palvelut itse. Työterveyshuolto ei tämän vuoksi kuulu kansalaisen kannalta laajan valinnanvapauden piiriin.

Maakunnan ja sosiaali- ja terveyskeskuksen rahoituksen suunnittelussa tulee ottaa huomioon peruspalvelujen ja työterveyshuollon palvelujen päällekkäinen käyttö.

Valinnanvapausjärjestelmä ei rajoitu maantieteellisesti vain Suomen alueelle. Potilaiden oikeuksista **rajat ylittävissä terveydenhuollossa** annettu direktiivi edellyttää, että toisessa EU- tai ETA-valtiossa annetun hoidon kustannukset korvataan samojen perusteiden mukaisesti kuin jos hoito olisi annettu potilaan kotimaassa. Selvityshenkilöiden ehdottama valinnanvapausmalli on sovellettavissa myös tilanteisiin, joissa hoito annetaan toisessa EU- tai ETA-valtiossa. Jatkotyössä olisi kuitenkin selvitettävä, onko tarpeen luoda kansallisesti yhtenäiset korvaukset ulkomailla annetun hoidon korvaamiseen ja kansallisesti yhtenäinen korvausmenettely.

Valinnanvapauden toteuttamiseen **sosiaalihuollossa** liittyy erityiskysymyksiä, jotka selvityshenkilöryhmä esittää otettavaksi jatkotyössä huomioon. Tietopohja, johon valinnanvapausratkaisut tulisi perustaa, on sosiaalihuollossa terveydenhuoltoa tuntuvasti niukempi. Tämän vuoksi ratkaisuissa joudutaan nojautumaan suuressa määrin toiminnan yleistä luonnetta koskevaan tietoon ja kokemuseräiseen tietoon.

Sosiaalihuollon työ on suuressa määrin työskentelyä paitsi asiakkaan myös hänen perheensä tai muun elämäntilanteeseen vaikuttavan lähiyhteisön kanssa. Lisäksi monien asiakkaiden kohdalla tarvitaan verkostomaista yhteistyötä muiden palvelusektoreiden kanssa. Tästä seuraa, että toiminnan tuotteistaminen ja kustannusten ennakkoarviointi, jota "raha seuraa asiakasta" -toimintamalli edellyttää, ei ole mahdollista tai on äärimmäisen vaativaa nykyisellä tietopohjal-

la. Kun palvelun sisältöön vaikuttaa myös asiakas itse ja yhteistyökumppanien toiminta, nousee ennakoinnin vaikeusaste entisestään. Sosiaalihuollossa on monia tehtäväalueita, joissa auttaminen ei ole vain tietyn toimenpiteen toteuttamista, vaan vuosia kestävä erilaisten toimien yhteen sovitettu prosessi. Ennakoimattomien tekijöiden ja kustannusten määrä on siten suuri. Jossain tilanteissa, esimerkiksi lastensuojelun kiireellisissä huostaanotoissa, toimenpiteiden tekemättä jättäminen ei ole mahdollista. Sosiaalihuollossa myös asiakassuhteen jatkuvuus on myönteistä tulosta edistävä tekijä. Näin ollen palvelun tuottajan vaihtuminen määräjain voi olla työn vaikuttavuuden kannalta riskitekijä.

Lisäksi sosiaalihuollossa on runsaasti viranomaispäätöksentekoa, joka sisältää yhtäältä päätöksen siitä, että asiakas on oikeutettu sosiaalihuollon palveluun ja toisaalta päätöksen tietyn palvelun myöntämisestä. Päätöksistä asiakkaalla on valitusoikeus. Yhtiön tai järjestön palveluksessa oleva ammattilainen ei voi tehdä viranomaispäätöksiä. Oman ryhmänsä muodostavat tahdonvastaisia toimenpiteitä koskevat päätökset, joita tehdään myös terveydenhuollossa. Tahdonvastaisia päätöksiä voidaan tehdä lastensuojelussa, psykiatrisessa sairaalahoidossa ja päihdehuollossa, tosin jälkimmäisessä hyvin rajoitetussa määrin. Lastensuojelussa päätöksiä tehdään myös tietyistä rajoituksista, esim. lapsen ja biologisen vanhemman tapaamiskysymyksissä.

Suunnitellussa valinnanvapausjärjestelmässä on järjestettävä perustasolla toimivan sosiaali- ja terveystieteiden ja maakuntahallintoon kuuluvan julkisoikeudellisen yksikön yhteistyö viranomaispäätöksiä edellyttävissä tilanteissa. Tällöin on olennaista huolehtia siitä, että viranomaisvaltuuksin päätöksiä tekevistä ammattihenkilöistä ei muodostu pelkästään kumileimasin ja toisaalta siitä, että eri tasojen toimet eivät estä auttamisprosessin sujuvuutta ja jatkuvuutta. Prosessiin ei saa syntyä myöskään tarpeetonta päällekkäisyyttä.

Koska sosiaalihuollon ja terveydenhuollon päätöksentekosäännökset ja -käytännöt eroavat toisistaan, on tarpeen selvittää, voidaanko toiminnallisen sujuvuuden parantamiseksi päätöksentekosäännöksiä yhdenmukaistaa asiakkaiden oikeusturvaa vaarantamatta. Jatkotyö edellyttää juridista asiantuntemusta, joten selvityshenkilöryhmällä ei ole edellytyksiä tehdä yksilöityjä ehdotuksia muutoksiksi.

Selvityshenkilöryhmä toteaa, että sosiaalihuollon valinnanvapauden toteuttamisen edellytyksiä koskevan tietopohjan niukkuuden vuoksi olisi ihanteellista, että valinnanvapauden ulottaminen sosiaalihuoltoon tapahtuisi asteittain, ja että tietopohjaa vahvistettaisiin palvelujen tuottajien järjestelmällisellä seurannalla ja kannustamalla sosiaalipalvelujen vaikuttavuutta arvioivaan tutkimukseen. Lisäksi selvityshenkilöryhmä esittää, että jatkotyössä selvitetään viranomaistehtävien ja sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisen tehtävien suhdetta valinnanvapauden olosuhteissa sekä selvitetään, mitä mahdollisuuksia on yhdenmukaistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen päätöksentekoa koskevaa säännöstöä ja käytäntöjä siten, että toimintojen yhteensovittaminen olisi mahdollisimman saumatonta.

Henkilökohtaista budjetointia on muun muassa Britanniasta ja Hollannista saatujen kokemusten perusteella kokeiltu Suomessa pääasiassa kehitysvammaisten palveluissa. Kun myös valinnanvapauden toteuttamisessa on syytä toteuttaa uusia ja innovatiivisia ratkaisuja, toisi henkilökohtaisen budjetoinnin kehittäminen ja toteuttaminen kokonaisuuteen uusia toimintamalleja. Selvityshenkilöryhmä kuitenkin katsoo, että henkilökohtaisen budjetoinnin soveltuvuutta ja toteutuksen käytännön järjestelyjä tulisi pilotoida jollakin laajemmalla toiminnallisella alueella kuin vain kehitysvammahuollossa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaina on monia **erityistä tukea tarvitsevia ryhmiä**. Näin ollen tiedotus- ja ohjausjärjestelmän tulee ottaa huomioon asiakkaiden edellytykset vastaanottaa palveluja koskevaa tietoa ja edellytykset valita näistä itselleen soveltuva. Valintojen tekeminen edellyttää kansalaisilta kykyä hyödyntää olemassa olevaa informaatioaineistoa ja arvioida eri vaihtoehtojen soveltuvuutta omaan tilanteeseen. Kansalaisten kirjo on kuitenkin laaja. Oppimisen ja mielenterveyden ongelmat, iän myötä yleistyvät muistisairaudet ja tottu-

mattomuus tietotekniikan käyttöön voivat rajoittaa merkittävästi tiedon hankintaa, hyödyntämistä ja eri vaihtoehtojen punnintaa. Aistivammat ihmiset, kuten kuulo- ja näkövammaiset tarvitsevat heidän kommunikaatiomuotoihinsa sovellettua informaatiota. Maahanmuuttajien kielitaito ei aina riitä suomenkielisen tekstin ymmärtämiseen. Tarjolla tulee olla erilaisten ihmisten edellytyksiin sovitettua henkilökohtaista palveluinformaatiota, joka ei kuitenkaan saa vaikuttaa ihmisen omiin lopullisiin valintoihin, ellei hän itse kysy suoraan ohjetta. Palveluntuottajan hyväksymisen ehtoihin tulisi sisältyä kaikille väestöryhmille selkeä ja käyttökelpoisen informaatiomateriaalin saatavuus.

3.2 MONIKANAVAISEN RAHOITUSJÄRJESTELMÄN YKSINKERTAISTAMINEN

Perustavoitteet rahoituksen yksinkertaistamiseksi

Selvityshenkilöryhmän toimeksiannon mukaan selvityshenkilöiden tulee tehdä monikanavarahoituksen yksinkertaistamisen toteuttamiseksi ehdotus, joka tukee sosiaali- ja terveydenhuollon reformia ja julkisen talouden tasapainottamista, vähentää rahoitusjärjestelmän osaoptimoinnin riskejä, luo edellytykset kustannusvaikuttaville integroiduille sosiaali- ja terveydenhuollon palveluille sekä kannustaa kustannusvaikuttavuuden parantamiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Väliraportissaan selvityshenkilöryhmä nosti aikaisempien selvitysten pohjalta nykyisen monikanavaisen rahoitusjärjestelmän keskeisimmiksi ongelmiksi seuraavat tekijät:

1. Monimutkainen ja useasta rahoituskanavasta koostuva järjestelmä tarjoaa mahdollisuuden epäedulliseen osaoptimointiin eli mahdollisuuteen siirtää kustannuksia toiselle toimijalle. Tämä voi johtaa kokonaisuuden kannalta epäedulliseen lopputulokseen.
2. Monikanavarahoitus vaikeuttaa kustannustehokasta sosiaali- ja terveystalouden integraatiota ja johtaa asiakkaan palvelujen pirstaleisuuteen.
3. Monikanavarahoitus vaikeuttaa kustannustehokkaan ja vaikuttavan kokonaisuuden rakentamista.

Selvityshenkilöryhmä on monikanavaisen rahoituksen yksinkertaistamista koskevassa selvitystyössään keskittynyt tarkastelemaan kaikkea kokonaan tai osittain julkisesti rahoitettua terveys- ja sosiaalipalvelua sekä erityisesti julkisen sairausvakuutuksen¹⁰ sairaanhoitovakuutuksen osuutta. Selvitystyön ulkopuolelle on jätetty yksityisten vakuutuslaitosten kautta järjestetyt lakisääteiset vakuutukset eli liikennevakuutus, lakisääteinen tapaturmavakuutus sekä työeläkejärjestelmän kautta rahoitettu kuntoutus. Lisäksi selvityshenkilöryhmä on rajannut selvityksen ulkopuolelle sairausvakuutuksen työtulovakuutuksesta rahoitettavat päivärahaetuudet, kuten sairauspäivärahat. Sairauspäivärahojen rahoitusvastuun osittainen siirtäminen maakunnille voisi sinänsä luoda kannusteita hoitojonojen lyhentämiseen, mutta selvityshenkilöryhmä kuitenkin katsoo, ettei aiheesta ole olemassa luotettavaa selvitystä. Päivärahaetuukseen rajaaminen selvitystyön ulkopuolelle on perusteltua myös siitä syystä, että niillä on tiivis kytkös muihin toimeentuloturvaetuuksiin, kuten työttömyysturvajärjestelmään ja eläkejärjestelmään.

Selvityshenkilöryhmä esitti väliraportissaan seuraavat kolme vaihtoehtoista tapaa sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen yksinkertaistamiseksi:

1. vaihtoehto

- Sairaanhoitovakuutuksella kerättyjä varoja vastaava osuus liitetään valtion sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisrahoitukseen ja kohdennetaan julkisrahoitteiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon, johon sovelletaan laajaa valinnanvapautta.
- Erillistä sairausvakuutusrahastosta maksettavaa korvausta yksityisen terveydenhuollon käytöstä ei enää maksettaisi.

2. vaihtoehto

¹⁰ Julkisen sairausvakuutuksen rahoitus jaetaan sairaanhoitovakuutuksen rahoitukseen, johon perustuva vakuutusmaksu on palkansaajan, yrittäjän ja etuudensaajan sairaanhoitomaksu, sekä työtulovakuutuksen rahoitukseen, johon perustuvia vakuutusmaksuja ovat palkansaajan ja yrittäjän päivärahamaksu (14 %) ja työnantajan sairausvakuutusmaksu (35 %). Vakuutusmaksujen lisäksi valtio osallistuu sairaanhoitovakuutuksen (44,1 %) sekä työtulovakuutuksen rahoitukseen (3 %).

- Sairaanhoidovakuutuksen nykykäytännön säilyttäminen julkisrahoitteisen sosiaali- ja terveydenhuollon rinnalla.

3. vaihtoehto

- Rinnakkaisten järjestelmien ylläpitäminen ylimenokauden aikana.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että monikanavarahoitusta yksinkertaistetaan soveltaen väliraportin 1 vaihtoehtoa niin, että sairaanhoidovakuutusta vastaava osuus kerätään osana valtionverotusta ja tämä osuus yhdistetään maakunnille maksettavaan rahoitusosuuteen. Yksityisen terveydenhuollon käytöstä aiheutuneista kustannuksista ei enää maksettaisi korvausta sairaanhoidovakuutuksesta. Rahoituslähteiden yhdistämisessä tulee huomioida, että sairaanhoidovakuutukseen kerätyt maksut on maksettu sairausvakuutusrahastoon ja maksut on kerätty vakuutetuilta tiettyä laissa säädettyä tarkoitusta varten. Rahoituksen kerääminen osana valtion verotusta tulee ratkaista erikseen jatkovalmistelussa.

Selvityshenkilöt esittävät, että uuteen valinnanvapausjärjestelmään siirryttäessä yksityissektorin palvelujen käytöstä potilaille suoritettavista julkisista sairaanhoidokorvauksista luovutaan (lääkäri- ja hammaslääkäripalkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon korvaukset). Järjestelmän uudistamisen myötä nykyisen kaltainen jaottelu julkiseen ja yksityiseen palvelutuotantoon poistuu, joten myös yksityisen palveluntuotannon hyödyntämiseen kohdennettua julkisen rahoituksen jakamistapaa tulee muuttaa.

Sairaanhoidokorvaukset rahoitetaan vakuutetuilta kerätyillä vakuutusmaksuilla (55,1 %) ja lisäksi valtion rahoituksella (44,9 %). Yksityisen terveydenhuollon käytöstä maksettavien korvausten kustannukset olivat vuonna 2015 noin 237 milj. euroa. Yksityisen terveydenhuollon käytöstä maksettavien korvausten poistumisen myötä osa korvausten piirissä olleista asiakkaista siirtyy julkisen palvelujärjestelmän käyttäjiksi ja osa jatkaa yksityisten palvelujen käyttäjinä maksaen palvelut kokonaan itse tai käyttää palveluja hankkimansa yksityisen vakuutuksen turvin.

Yksityisestä terveydenhuollosta maksettavien sairaanhoidokorvauksista luopumisen lisäksi selvityshenkilöt esittävät muutoksia sairaanhoidovakuutuksesta rahoitettavien lääkekorvausten ja matkakustannusten rahoitukseen. Avohuollon lääkekorvaukset ja sairauden vuoksi tehtyjen matkojen korvaukset rahoitetaan sairausvakuutuksen sairaanhoidovakuutuksesta. Lääkekorvausten kustannukset olivat vuonna 2015 noin 1378 miljoonaa euroa ja matkakorvausten kustannukset noin 237 miljoonaa euroa.

Selvityshenkilöt esittävät, että kustannustietoisuuden lisäämiseksi, oikeansuuntaisten kannusteiden luomiseksi ja rationaalisten lääkkeenmääräämiskäytäntöjen kehittämiseksi maakunnilla tulisi olla rahoitusvastuuta avohuollon lääkekustannuksista. Lääkehoitoa tulisi arvioida samoin perustein muiden hoitovaihtoehtojen kanssa. Maakunnat hyötyvät avohuollon lääkehuollosta siltä osin kuin kyseisen alueen asukkaat saavat korvauksia, joten maakuntien rahoitusvastuu on perusteltu. Rahoitusmuutoksista huolimatta selvityshenkilöt ehdottavat, että nykyinen valtakunnallinen avohuollon lääkkeiden arviointi- ja hinnanvahvistusmenettely ja Kansaneläkelaitoksen toimeenpanema valtakunnallinen korvausmenettely säilytetään. Lääkekorvausten toimeenpanossa tukeuduttaisiin siten olemassa oleviin tietojärjestelmiin ja korvausten määrästä päätettäisiin edelleen kansallisesti. Selvityshenkilöt korostavat, että lääkekustannusten rahoitusvastuun muutokset tulee selvittää tarkemmin jatkovalmistelussa.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että myös sairaanhoidon vuoksi tehtyjen matkojen kustannusvastuuta siirretään maakunnalle. Rahoitusvastuun siirto maakunnalle kannustaisi sairaanhoidon vuoksi tehtyjen matkojen sekä sosiaalihuollon ja vammaispalvelulain nojalla tehtyjen matkojen nykyistä laajempaan yhdistämiseen.

Selvityshenkilöt korostavat, että matkakustannukset ja niiden korvaukset vaikuttavat myös valinnanvapauden toteutumiseen. Kustannussyistä olisi perusteltua, että palvelujärjestelmän käyttöön liittyvät matkat korvattaisiin lähtökohtaisesti lähimpään toimintayksikköön. Selvityshenkilöt ehdottavat, että sosiaali- ja terveydenhuollon matkojen järjestämistä ja kustannus-

ten korvaamista tulee tarkastella jatkovalmistelussa omana osakokonaisuutenaan valinnanvapausjärjestelmän rakentamisessa. Muutosten suunnittelussa tulee huomioida myös muut liittymäpinnat ja erityisesti hallituksen ns. liikennekaarta koskeva valmistelu.

Kansaneläkelaitoksen järjestämän vaativan kuntoutuksen ja harkinnanvaraisen kuntoutuksen sekä sen korvaaman kuntoutuspsykoterapian rahoitus ja järjestäminen tulisi ratkaista osana kuntoutuksen kokonaisuudistusta. Kansaneläkelaitoksen järjestämän ammatillisen kuntoutuksen selvityshenkilöryhmä on rajannut selvitystyön ulkopuolelle. Sairaanhoitovakuutuksesta maksettujen kuntoutuspalvelujen kustannukset olivat vuonna 2015 yhteensä noin 343 milj. euroa, josta ammatillisen kuntoutuksen osuus oli noin 34 milj. euroa.

Selvityshenkilöt eivät ehdota muutoksia työtulovakuutuksesta rahoitettavan lakisääteisen työterveyshuollon järjestämiseen ja korvaamiseen. Työterveyshuollon korvausperusteita tulisi kuitenkin kehittää siten, että kustannusten korvausten painopiste olisi ennaltaehkäisevässä työterveyshuollossa. Lisäksi korvausperusteita tulisi tarkistaa siten, että työterveyshuollon piirissä olevat sairaanhoitopalvelut tukevat jatkossa nykyistä paremmin työhön liittyvien sairauksien varhaista toteamista sekä työkyvyn ylläpitoa ja edistämistä. Työterveyshuolto tarjoaa muulle sosiaali- ja terveydenhuollolle asiantuntijuuttaan työ- ja toimintakyvyn arvioimisessa ja työhön paluun tukemisessa.

YTHS:n toiminta rahoitetaan tällä hetkellä monikanavaisesti: rahoitus koostuu sairaanhoitovakuutuksesta maksettavasta osuudesta (n. 59,6 prosenttia rahoituksesta), opiskelijoiden terveydenhoitomaksuista ja käyntimaksuista (n. 18,8 prosenttia rahoituksesta) ja yliopistokaupunkien maksamasta yleisavustuksesta (11,5 prosenttia rahoituksesta). Rahoituksen yksinkertaistamisen näkökulmasta olisi perusteltua, että sairaanhoitovakuutuksesta maksettava osuus korvattaisiin maakunnan rahoituksella. Opiskeluterveydenhuolto kuuluu maakunnan järjestämisvelvollisuuden ja siten rahoitusvastuun piiriin. Uudistuksen alkuvaiheessa on kuitenkin tarkoituksenmukaista, että YTHS säilytetään palvelujen tuottajana. Sen rahoitus tulisi selvittää erikseen jatkovalmistelussa. Lisäksi selvityshenkilöt toteavat, että kouluterveydenhuollon ja opiskeluterveydenhuollon valinnanvapauteen liittyvät ratkaisut on tarpeen sovittaa yhteen hallituksen käynnistämän lasten, nuorten ja perheiden palvelujen muutosohjelman kanssa. Tämä edellyttää jatkovalmistelua valtion, maakuntien ja kuntien kesken.

3.3 VALTION JA MAAKUNNAN TEHTÄVÄT

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yhteydessä julkishallintoa uudistetaan merkittäväällä tavalla. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu siirtyy kunnilta maakunnille. Samassa yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusvastuu siirtyy yksinomaan valtion kannettavaksi.

Toiminnalle ja rahoituksen riittävyydelle asetettujen tavoitteiden täyttyminen edellyttää valtion eli rahoittajan sekä maakunnan eli järjestäjän toimivaa yhteistyötä. Yhteistyön toimivuuden edellytyksenä on, että toimijoiden vastuut ja toisalta yhdessä sovittavat asiat määritellään riittävän tarkasti ja tehtävien suorittamiseen annetaan riittävät työkalut.

Valtion ohjaus

Valtakunnallinen valinnanvapausjärjestelmä ja sen kehittäminen edellyttää valtion tasolta tulevaa yleistä ohjausta ja valtakunnallista sääntelyä. Valinnanvapausjärjestelmän valtakunnallisen ohjauksen toteutus ja järjestelmän valtakunnallisesti koordinoitu kehittäminen edellyttää erillisen ohjausyksikön perustamista. Ohjausyksikön sijoituspaikan tulisi olla sosiaali- ja terveysministeriössä.

STM:n ohjausyksikkö

Ohjausyksikkö vastaa seuraavista valinnanvapausjärjestelmään liittyvistä tehtävistä:

- Maakunnille osoitettavan valtionosuuden laskentaperusteiden vahvistamista koskeva valmistelu
- Asiakasmaksujen vahvistamista koskeva valmistelu
- Valinnanvapausjärjestelmään ja monituottajamalliin liittyvä sääntely

Sääntelyllä selvityshenkilöt tarkoittavat rahoituksen allokointia sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjille sekä yleisperiaatteiden vahvistamista koskien rahoituksen allokointia järjestäjältä palvelujen tuottajille. Sääntelyyn kuuluvat myös ammattihenkilöiden laillistus, palvelujen tuottajien toimilupien myöntäminen sekä niiden vaatimusten vahvistaminen, joiden palvelujen tuottajien on täytettävä voidakseen toimia valinnanvapausjärjestelmän piirissä. Valtion sääntelyä on myös niiden turvallisuutta, tuloksellisuutta, laatua ja kustannusvaikuttavuutta ilmaisevien tunnuslukujen määrittelemine, joiden avulla seurataan ja arvioidaan palvelujen tuottajia.

Ohjausyksikön tukena valtion ohjauksen kokonaisuutta ovat muodostamassa *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL)*, *Valvirasta* ja aluehallintovirastoista muodostuva keskusvirasto sekä eduskunnan alaisuudessa toimiva *Kansaneläkelaitos*.

Valvira

Valvira vastaa seuraavista valinnanvapausjärjestelmään liittyvistä tehtävistä:

- Sosiaali- ja terveydenhuollon laillistettujen ja nimikesuojattujen ammattihenkilöiden hyväksyminen ja ammattihenkilörekistereiden ylläpitäminen
- Yksityisten ja kolmannen sektorin palvelujen tuottajien toimilupien myöntäminen
- Palvelujen tuottajien ja ammattihenkilöiden valvonta
- Valinnanvapausjärjestelmien piiriin hyväksyttävien palvelujen tuottajien arviointi ja rekisteröinti

Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos

THL sosiaali- ja terveydenhuollon rekisteriviranomaisena sekä sosiaali- ja terveysministeriön ns. sektoritutkimuslaitoksena huolehtii seuraavista valinnanvapausjärjestelmään kuuluvista tehtävistä:

- Kansalaisten valinnanvapauden toteutumista tukevat tietopalvelut yhteistyössä Kansaneläkelaitoksen kanssa.
- Sosiaali- ja terveystietojen koskevien tuotantotietojen valtakunnallinen tiedonhallinta
- STM:n ohjausyksikön toimintaa tukeva arviointi- ja tutkimustoiminta

Kansaneläkelaitos

Kela osallistuu valinnanvapauden toteuttamiseen seuraavasti:

- Potilas- ja asiakastiedon integraation mahdollistavan Kanta-arkiston ja Omakantapalvelun ylläpito
- Avohoidon lääkekorvausten maksatus
- Matkakorvausten maksatus
- Vaativien kuntoutuspalvelujen tuottajien arviointi ja rekisteröinti sekä niiden korvausten maksatus
- Työterveyshuollon korvausten maksatus

Maakunnan tehtävät

Maakunnalle kuuluu

Yleinen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistehtävä

Sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaistehtävät

Tuotantorakenteen ohjaaminen (sopimusohjaus ja oman toiminnan suunnittelu)

Palvelujen tuottajien kanssa solmittavien sopimusten hallinnointi

Palvelujen tuottajien arviointi käyttäen valtion määrittelemiä turvallisuutta, laatua ja kustannus-vaikuttavuutta kuvaavia tunnuslukuja sekä niiden palkitsemisesta tai sanktioista päättämisen valtion vahvistamien periaatteiden mukaisesti

- Oma järjestämistehtävästä eriytetty palvelutoiminta
- Erikseen määriteltynä tehtävinä ympäristöterveydenhuolto, pelastustoimi ja ensihoito sekä ympärivuorokautinen päivystys (huom. yhteistyövelvoite)
- Palveluketjujen integraatio sopimusohjauksen keinoin
- Monipuolisen sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotannon ja markkinoille pääsyn mahdollistaminen

3.4 TIETOON POHJAUTUVAN JÄRJESTELMÄN KEHITTÄMINEN JA YLLÄPITO

Hallituksen 5.4.2016 julkaistuissa linjauksissa todetaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen keskeiseksi tavoitteeksi ja edellytykseksi tiedon integraatio eli että tieto liikkuu eri tuottajien välillä hoito- ja palveluprosesseissa. Kansalainen voi hyödyntää valinnanvapautta vain, mikäli hänellä on tiedossaan palvelujen tarjoajat, niiden ominaisuudet, palveluvalikoimat sekä palvelutuotannon tulokset ja laatu. Maakunta palvelujen järjestäjänä solmii sopimukset palvelujen tuottajien kanssa, valvoo sopimusten noudattamista seuraamalla palvelujen tuottajien toimintaa, laatua ja tuloksellisuutta sekä arvioi tuotettujen palvelujen kustannusvaikuttavuutta. Maakunnilla tulee olla tähän tarkoitukseen toimivat tietojärjestelmät maakunnan ja palveluntuottajien välillä sekä eri maakuntien välillä. Valtion tulee kerätä tietoa rahoituksen kohdentumisesta ja palvelujen käytöstä valtakunnan tasolla. Asiakkaiden tietojen tulee liikkua maakunnan alueella eri tuottajien välillä sekä maakunnan rajojen yli.

Digitalisaatiota, ICT-palveluja ja tietohallintoa suunnittelevan valmisteluryhmän esittämät sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäratkaisut tulevaisuudessa osoittavat, että valmiudet kyseisten tavoitteiden saavuttamiseen ovat kohtuulliset olemassa olevan kansallisen tietojärjestelmäarkkitehtuurin ansiosta. Yllä mainittu potilas- ja asiakastietojen integraatio tapahtuu Kelan ylläpitämässä Kanta-palveluissa ja valinnanvapautta tukevat palvelut tuotetaan kehittämällä valinnanvapautta tukevia tietovarantoja ja palveluja, missä THL:n Palveluhakemisto ja Palveluvaaka ovat lähtökohtina. Maakuntien tehtäviä varten on tarkoitus perustaa Valtakunnallinen ICT-palvelukeskus. Toimilupaehtoihin ja auktorisointisääntöihin sisällytetään vaatimus palvelujen tuottajille luovuttaa valinnanvapauden toteuttamiseksi, sopimusten seuranta ja toiminnan arviointia ja valvontaa varten tarvittavat tiedot. Tietohallintoa koskevien vaatimusten osalta tulee huolehtia, että ne kohtelevat tuottajia yhdenvertaisesti ja ettei niistä muodostu markkinoille pääsyn estettä.

Kehitteillä olevat laajassa yhteistyössä toteutettavat tietojärjestelmäratkaisut mahdollistavat jo tällä hetkellä kansalaisille laajat mahdollisuudet sähköiseen asiointiin ja omahoitoon, jotka ovat tärkeitä keinoja lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon tuottavuutta ja kustannusvaikuttavuutta. Valinnanvapausjärjestelmän toimivuus edellyttää asiakkaille vaivatonta mahdollisuutta saada ja käyttää tietoa. Asiakkaiden liikkeessä myös heidän tietojensa tulee liikkua. Samassa yhteydessä täytyy kuitenkin huomioida myös tietosuojalta edellytetyt vaatimukset.

4. ARVIO VAIKUTUKSISTA

Taloudellisten vaikutusten arviointia

Hallituksen linjausten perusteella sote-uudistuksen keskeisenä tavoitteena on julkisen kestävyysvajeen vähentäminen 3 miljardilla eurolla vuoteen 2029 mennessä. Valtio rahoittaa pääosin sosiaali- ja terveydenhuollon. Valtionosuus osoitetaan yleiskatteellisena valtionosuutena.

Selvityshenkilöiden perustason palvelua koskeva ehdotus on, että valtion maakunnille suorittama valtionosuus toteutetaan tarvevakioituna kapitaatorahoituksena. Maakunnan valtionosuus on kiinteä. Maakuntien väestövastuullisille sosiaali- ja terveyskeskuksille perustason palveluista suorittama korvaus toteutetaan myös pääosin kapitaatioperusteisesti.

Valinnanvapauden piiriin kuuluvat muut perustason palvelut ja määritellyt erikoispalvelut rahoitetaan kiinteiden ja muuttuvien rahoituserien yhdistelmänä rahoittajan tavoitteiden pohjalta. Hyvin määritellyissä palveluissa vaihtoehtona on hoitoepisodin kiinteä rahoitus (”bundled payment”, ”tuote- tai pakettihinnoittelu”), johon voi liittyä vaikuttavuudesta riippuvia lisäeriä.

Maakunnan itsensä ylläpitämät toiminnot – viranomaistehtävät ja muu ei-markkinaehtoinen sosiaali- ja terveydenhuolto rahoitetaan maakunnalle osoitetusta valtionosuudesta.

Valtion kasvurajoitteen toteuttamiseksi kaikkiin sopimuksiin ja määrärahapäätöksiin liitetään vastaavat tuottavuuden kohottamista koskevat vaatimukset.

Mahdollisuudet:

- Rahoitusjärjestelmän keskeisin ominaisuus julkisen talouden kannalta on kaikkien sosiaali- ja terveyspalvelujen julkisen rahoituksen kytkeminen valtion talousarvion budjettirajoitteeseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon julkisten menojen kasvu määritetään budjetissa korkeintaan 0,9 prosenttiin vuodessa. Kustannusvajeen kaventamiselle asetetut tavoitteet voidaan saavuttaa ensisijaisesti budjettirajoitetta noudattamalla.
- Monituottajamalli ja markkinoilla oleva kilpailu tehostaa toimintaa.
- Hallituksen linjausten perusteella palveluintegraatio on keskeinen keino kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palvelujen toimivuutta ja säästää kustannuksia.
- Valtion tulee lisäksi jossain määrin nostaa asiakasmaksuja ja tarpeen vaatiessa rajoittaa julkisesti rahoitettuja palveluja. Järjestelmän kokonaiskustannusten hallitsemiseksi ja eriarvoistumiskehityksen välttämiseksi nämä päätökset tulee toteuttaa valtakunnan tasolla.
- Maakunnan väestömäärässä sekä sen sairastavuudessa ja sosiaaliekonomisissa statuksissa tapahtuvat muutokset heijastuvat maakunnan valtionosuuteen ja sosiaali- ja terveyskeskusten saamiin korvauksiin uudistuksen tasa-arvo- ja hyvinvointipoliittisten tavoitteiden mukaisesti.
- Muiden kuin perustasolla valinnanvapauden piiriin kuuluvien palvelujen käyttöä säädellään viranomaispäätösin, lähetein ja palveluohjauksen keinoin. Portinvartijan roolissa oleva tuottaja säätelee osaltaan asiakkaiden palvelujen saatavuutta ja tätä kautta myös palvelujärjestelmästä aiheutuvia kustannuksia.
- Valtion ja maakuntien tulee määritellä, millaiseen palvelujen saatavuuteen julkisen palvelujärjestelmä sitoutuu ja varmistaa tämän tavoitteen mukainen rahoitus.
- Valinnanvapauden piirissä olevien palvelujen tuottajille suoritettavat rahoitusosuudet ovat yhdistelmä kiinteitä sekä taloudellisten ja terveys- ja hyvinvointipoliittisten tavoitteiden mukaisia muuttuvia korvauseriä. Kilpailun aikaansaamat tehokkuus- ja tuottavuusvaikutukset rahoittaja hyödyntää alentamalla maakuntien

tuottajille suorittamia palvelukohtaisia korvauksia. Maakuntien tulee huolehtia alueellaan riittävän kilpailun syntymisestä.

- Tietojärjestelmien uudistamisella ja laajemmalla digitalisaatiokehityksen hyödyntämisellä voidaan saavuttaa merkittäviä tehokkuushyötyjä ja kustannussäästöjä. Tämä edellyttää kuitenkin tietojen keräämistä kootusti ja teknisesti yhteen sovitettavalla tavalla. Maakunnan rahoitusvastuu avohuollon lääkekustannuksista ja matkakustannuksista kannustaa maakuntaa kehittämään uudenlaisia palvelumuotoja ja toteutustapoja (esim. liikkuvia palveluja ja matkustuslogistiikkaa) sekä edistämään rationaalisia lääkkeenmääräämiskäytäntöjä.
- Perustason vahvistaminen edesauttaa kustannussäästöjen saavuttamista erikoistason palveluista.

Haasteet:

- Kilpailun puute saattaa johtaa korvauskustannusten nousuun. Viime kädessä maakunnan tulee huolehtia palvelutuotannon järjestämisestä oman tuotannon avulla, jos korvaustaso jää yksityisille tuottajille liian alhaiseksi. Pidemmällä aikavälillä myös laajempi markkinoiden monopolisoituminen on riski kustannustenhallinnan näkökulmasta.
- Aiemmin kustannuskehitystä on hillinnyt osaltaan palvelujen saatavuuden säätely kunnissa. Uudessa mallissa jonot lähtökohtaisesti poistuvat, jos asiakkaalla on vaihtoehtona valita palveluntuottaja, jolla on palveluja saatavilla. Jonojen poistuminen ja saatavuuden parantuminen yleensä lisää kustannuspainetta.
- Valtion ja maakunnan vastuunjaossa ja tuottajille maksettavien korvausten määrittelyssä tulee riskinä huomioida se, että koska valtio määrittelee korvausten yleiset periaatteet ja toimii kokonaisuuden rahoittajana, mutta maakunta tekee varsinaiset sopimukset tuottajien kanssa ja on vastuussa toiminnan järjestämisestä, voi yksittäisellä alueella syntyä tilanne, jossa maakunta palvelujen järjestäjänä käyttää tai joutuu käyttämään erityisesti markkinatilanteesta johtuen palveluntuottajien korvauksiin enemmän varoja kuin mitä valtio rahoittajana on sille tähän tarkoitukseen varannut rahoitusta.
- Kustannuskehityksen osalta tulee julkisen palvelujärjestelmän käytöstä aiheutuvien kustannusten rinnalla huomioida, että asiakas voi käyttää palvelujärjestelmän lisäksi muiden järjestelmien piirissä olevia palveluja (työterveyshuolto, YTHS, vakuutusjärjestelmät). Kokonaiskustannusten hallitsemiseksi tulisi päällekkäisten järjestelmien palvelujen käyttö ottaa sosiaali- ja terveyskeskuksen rahoituksen suunnittelussa huomioon.
- Perustason vahvistaminen edellyttää perustason ja siellä tehtävän yhteistyön osaamisen vahvistamista ja uudistamista.

Asiakasvaikutukset

Uudistuksen tavoitteena on poistaa alueellisia ja sosioekonomisia terveys- ja hyvinvointieroja ja lisätä palvelujen käyttäjien omia vaikutus- ja valinnanmahdollisuuksia. Palveluja pyritään mitoittamaan ja integroimaan aiempaa paremmin asiakkaiden tarpeista lähtien.

Mahdollisuudet:

- Selvityshenkilöiden esittämä malli lisää asiakkaiden yhdenvertaisuutta, koska valinnanvapaus on valtakunnallisesti säänneltyä. Myös asiakasmaksut ovat samansuuruiset maakunnasta riippumatta.
- Valinnanvapausmalli lisää hoidon saatavuutta ja nopeuttaa hoitoon pääsyä. Asiakkaan mahdollisuus valita oma sosiaali- ja terveyskeskus johtaa keskusten väliseen laatukilpailuun. Nopea hoitoon pääsy on yksi keskeinen laadun mittari.

- Malli vahvistaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Valinnoillaan asiakas kokoaa tarpeittensa mukaista ja toimivaa palvelukokonaisuutta ja saa valinnan tekemiseksi tukea ja palveluohjausta sosiaali- ja terveyskeskuksestaan.

Haasteet:

- Riskinä saattaa olla eri alueella maksettavien korvausten liian suuri eriytyminen valtion asettamista yhtenäisistä korvausperiaatteista huolimatta ja tästä aiheutuva asiakkaiden palvelujen sisällön, laadun ja saatavuuden eriytyminen. Tämä voi toteutua, jos valtion yleisiä ja maakuntien erityisiä korvausperiaatteita ei suunnitella yhdessä tai jos valtakunnalliset perusteet jäävät liian yleiselle tasolle, jolloin niitä tulkitaan eri tavoin.
- Asiakkaan valinnanvapaus ja palveluintegraatio eivät toteudu, jos asiakas lähettää sosiaali- ja terveyskeskuksesta aiheuttomasti muualle tai jos tuottajaorganisaatio ei tarjoa asiakkaalle riittäviä palveluja. Vaikka malli ei suoraan mahdollista asiakkaiden valikoimista, riskinä on sellaisten toimintatapojen muodostuminen, joilla pyritään siirtämään ei-toivottu asiakas toisaalle. Asiakkaan lähettämistä turhaan sosiaali- ja terveyskeskuksesta muualle voidaan välttää luomalla esimerkiksi laadunhallintaan liittyvä valvontamekanismi, joka voi sisältää sekä kannustimia että sanktioita. Lisäksi perustasolla tulisi olla mahdollisuus saada konsultaatiotukea erikoistasolta, mikä vähentää edelleen lähettämistä. Sosiaali- ja terveyskeskus voi myös hankkia muualta sellaisia palveluja, joita se ei itse pysty tuottamaan.
- Kaikilla asiakkailla ei ole tahtoa tai kykyä valita, jolloin valinnanvapauden hyödyt voivat jäädä toteutumatta. Valinnanvapauden käyttämiseen asiakkaiden tarvitseman tiedon tulee olla helposti ja valtakunnallisesti kootusti saatavilla, jotta asiakkaat pystyvät tekemään tarkoituksenmukaisia valintoja. Järjestelmä edellyttää myös tuetun päätöksenteon järjestämistä erityistä tukea tarvitseville asiakkaille. Viimekädessä maakunta tekee valinnat asiakkaan puolesta.
- Esitetty malli pohjautuu monituottajamalliin, jonka toteuttamisessa on kiinnitettävä erityistä huomiota siihen, että asiakkaan palveluketjut ja palvelukokonaisuudet säilyvät eheinä, vaikka palveluntuottamiseen osallistuisi useita eri tuottajia niin julkiselta, yksityiseltä kuin kolmannelta sektorilta.
- Asiakas voi käyttää palvelujärjestelmän lisäksi muiden järjestelmien piirissä olevia palveluja (työterveyshuolto, YTHS, yksityinen vakuutus). Kokonaisuuden hallitsemisen sekä yksittäisen asiakkaan palvelujen toteutumisen näkökulmasta on keskeistä suunnitella huolella se, miten nämä rajapinnat ja erityisesti eri järjestelmien välillä liikkuvien asiakkaiden palvelujen integraatio hallitaan.
- Sairaanhoitokorvausten lakkauttaminen poistaa nykyisenkaltaisen laajan valinnanvapauden, jossa vakuutettu kansalainen voi julkisen rahoituksen osittaisella tuella valita valtakunnallisesti ja koska tahansa valintaansa muuttaen yksityissektorin palvelujentuottajan ja esimerkiksi tietyn lääkärin. Toisaalta tämän mahdollisuuden käyttäminen on nykyisillä sairaanhoitovakuutuksen korvaustasoilla (n. 15 %) edellyttänyt riittävää omaa varallisuutta. Nykyinen yksityissektorin toimintaa säilynee jatkossakin ja tarjoaa valinnan mahdollisuuksia, mutta ilman yhteiskunnan rahallista tukea.

Vaikutukset palvelujärjestelmään ja palveluntuottajiin

Ehdotetun mallin tavoitteena on, että perustason palvelut vahvistuvat. Lisäksi tavoitteena on palvelujärjestelmän ohjauksen yksinkertaistaminen ja julkisten, yksityisten ja kolmannen sektorin tuottajien yhdenvertaisuuden turvaaminen. Siirrytään palveluja tehokkaasti toteuttavaan monituottajamalliin, jossa erilaisia tuottajia kohdellaan tasaveroisesti. Palveluprosessia koordinoidaan entistä tehokkaammin yhtenäiseen tietoon perustuen.

Mahdollisuudet:

- Valinnanvapausjärjestelmän toteuttaminen edellyttää vahvaa valtion sääntelyä ja seurantaa, mutta samalla vapautta tuotantomenetelmien valinnassa.
- Malli vahvistaa perustason osaamista. Kapitaatiomaksujen ohjautuminen perustason palvelujen tuottajille vahvistaa perustason rahoitus pohjaa sekä kannustaa perustason kehittämiseen.
- Sosiaali- ja terveystieteiden keskus voi toimia verkostomaisesti ja hankkia palveluja alihankintana sosiaali- ja terveystieteiden ulkopuolelta. Lisäksi sosiaali- ja terveystieteiden ulkopuolisten palvelujen valinnanvapaus lisää pienten ja keskisuurten yritysten markkinoita. Selvityshenkilöryhmä katsoo esitetyn valinnanvapausmallin turvaavan myös pienten ja keskisuurten yritysten pääsyn markkinoille paremmin kuin jos maakunta kilpailuttaisi palvelujen tuottajia nykyisen hankintalain menettelyä noudattaen.

Haasteet:

- Järjestelmän toimivuuden sekä kehittämisen näkökulmasta on tärkeää, että valinnanvapausjärjestelmään sisältyvien palvelujen korvausperiaatteet suunnitellaan huolella, jotta markkinat ja tiedonkulku eivät vinoudu heti toiminnan alussa. Riskinä on se, että uudistuksen tavoitteiden näkökulmasta väärät tuottajat ja vääränläiset toimintatavat pärjäävät markkinoilla korvausperiaatteiden ja/tai valvonnan puutteesta johtuen.
- Vaihtoehdon haasteena on löytää sellainen korvaustaso palveluntuottajille, joka toisaalta houkuttelee yksityisiä ja kolmannen sektorin tuottajia järjestelmään ja toisaalta hillitsee julkisen talouden kustannusten nousua.
- Järjestelmän uudistamisessa on vältettävä tilannetta, jossa rahoittaja ja järjestäjät eivät saa tavoitteiden toteutumisesta riittävästi oikeanlaista tietoa.
- Sosiaali- ja terveystieteiden keskuksien voivat lähettää asiakkaita väärin perustein omistajien hallitsemiin julkisesti rahoitettuihin erikoispalveluihin tuottaviin yksiköihin.
- Sairaanhoidon vakuutuksen korvausten poistaminen voi lisätä yksityishenkilöiden tai työnantajien halukkuutta hankkia yksityisiä sairauskuluvakuutuksia. Jos näin rahoitettu yksityinen sektori kasvaa ja houkuttelee työvoimaa julkisrahoitteisesta sosiaali- ja terveydenhuollosta, sen toimintakyky heikkenee, jolloin terveyden ja hyvinvoinnin epätasa-arvo kasvaa uudistuksen tavoitteiden vastaisesti.

5. LINJAUKSIA JATKOTYÖHÖN

Hallituksen 5.4.2016 tekemien linjausten mukaan käynnistetään sosiaali- ja terveysministeriössä lainsäädäntövalmistelu selvityshenkilöiden ehdotusten pohjalta niiden valmistuttua. Laki-luonnoksista pyydetään lausunnot marraskuussa 2016 ja lait käsitellään eduskunnassa keväällä 2017. Selvityshenkilöt esittävät, että rinnan lainsäädäntötyön kanssa ryhdytään suunnittelemaan sitä ohjaus- ja seurantajärjestelmää, joka tarvitaan lakien täytäntöönpanossa 1.1.2019 alkaen. Jatkotyössä on kiinnitettävä erityistä huomiota ehdotusten valtiosääntöoikeudellisten sekä muiden juridisten reunaehtojen arviointiin, mikä ei kuulunut selvityshenkilöryhmän toimeksiantoon.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaavat maakunnat organisoituvat vuoden 2018 aikana, joskin on oletettavaa, että valtio neuvottelee maakuntien perustamisen liittyvistä järjestelyistä jo vuoden 2017 aikana kuntien ja maakuntaliittojen kanssa. Näin ollen maakunnan hallintotehtävien hoitamisesta syntynevät suuntaviivat samanaikaisesti kun valinnanvapauslainsäädännön yksityiskohdat selviävät. Valtion on siksi mielekästä aloittaa valinnanvapausjärjestelmän käytännön toteuttamisen suunnittelu viimeistään alkuvuodesta 2017.

Järjestämislain luonnoksessa mainitun sosiaali- ja terveysministeriöön sijoitettavan ohjausyksikön toiminta tulisi käynnistää 1.1.2017. Sen tehtävänä tulisi olla yhteistyössä aluehallinto- ja sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksia tukevan projektiorganisaation sekä Valviran ja aluehallintovirastojen, Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen sekä Kansaneläkelaitoksen kanssa huolehtia seuraavista valinnanvapausjärjestelmän toteuttamista koskevista suunnittelutehtävistä:

1. Maakunnille suoritettavan valtionosuuden maksatusmalli

Maakunnille maksetaan valtionosuus ns. tarvevakioidun kapitaatorahituksen mukaisesti. Mallin laadinnassa tulee hyödyntää nykyisestä sosiaali- ja terveydenhuollon kuntien valtionosuuskaavasta saadut kokemukset ja THL:n ja sen edeltäjien 1990-luvun alusta jatkunut tutkimus-, seuranta- ja laskentatyö.

2. Valinnanvapauden piiriin otettavista palveluista päättäminen

Selvityshenkilöt ehdottavat, että väestövastuinen sosiaali- ja terveyskeskus, muut sosiaali- ja terveydenhuollon erityislaeissa määritellyt peruspalvelut ja eräät erikoispalvelut, joista selvityshenkilöt ovat toistaiseksi vain antaneet esimerkkejä, olisivat valinnanvapauden piirissä. Sosiaalihuollossa perus- ja erityispalvelujen määrittely edellyttää selventämistä.

Alkuvaiheessa on tarkoituksenmukaista, että selvityshenkilöiden esittämä väestövastuinen sosiaali- ja terveyskeskus sekä muut selvityshenkilöiden luettelemat peruspalvelut otetaan valinnanvapauden piiriin. Tästä tulisi valtion päättää vuoden 2017 aikana. Toteutuksen edistämiseksi asia olisi syytä ottaa esille myös maakuntauudistuksen valmistelussa.

Valinnanvapausjärjestelmän laajentaminen tapahtuisi asteittain siten kuin valtion ja maakuntien kesken sovitaan.

3. Väestövastuisen sosiaali- ja terveyskeskuksen korvausmalli

Selvityshenkilöt ehdottavat, että sosiaali- ja terveyskeskuksen korvausmalli on tarvevakioitu kapitaatio, laatu- ja vaikuttavuustavoitteiden toteutumiseen liittyvä lisärahoitus ja terveys- ja hyvinvointipoliittisten tavoitteiden mukaan priorisoiduista toiminnoista toimintokohtainen lisärahoitus. Sosiaalipalveluja koskeva tietopohja on terveydenhuoltoon verrattuna puutteellinen, ja sosiaalipalvelujen rahoituksen suunnittelussa on alkuvaiheessa nojaututtava pääosin kustannustietoihin.

Kapitaatiokorvauksen laskentamallin tulee perustua THL:n kuntakohtaisiin kustannusanalyysihin, joita on tehty osana kuntien valtionosuuksia koskevaa laskentaa.

Valtion ohjausyksikössä tulisi vuoden 2017 aikana selvittää ne laatu- ja vaikuttavuustavoitteet sekä terveys- ja hyvinvointipoliittiset tavoitteet, joiden avulla kannustetaan sosiaali- ja terveyskeskuksia kehittämään toimintaansa. Kyseeseen voivat tulla palvelujen saatavuuden parantaminen, eri työntekijäryhmien yhteistyön edistäminen, asiakastyytyväisyyden lisääminen, toimivien palveluketjujen ylläpitäminen moninaisia palveluja tarvitsevien kohdalla sekä ennaltaehkäisevien toimintojen painottaminen. Tavoitteiden perusteella tulisi määritellä mistä toiminnoista suoritetaan lisäkorvauksia ja minkä suuruisina. Lähtökohtana tulisi käyttää ennen kaikkea Ruotsista, Englannista ja Yhdysvalloista saatuja kansainvälisiä kokemuksia, joita sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusmalleihin erikoistuneet tutkijat jatkuvasti keräävät.

4. Muiden valinnanvapauden piiriin otettavien palvelujen korvausmallit

Selvityshenkilöt ehdottavat että seuraavat palvelut otetaan valinnanvapauden piiriin:

Kotipalvelu, kotihoito, kotisairaanhoito, asumispalvelut, laitospalvelut, liikkumista tukevat palvelut, kuntoutus- ja terapiapalvelut, suun terveydenhuolto sekä muut erityispalvelut (esimerkiksi ravitsemus- tai puheterapia ja jalkojen hoito).

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon kohdalla selvityshenkilöt ehdottavat ylimenokauden järjestelyjä, joista valtion, maakuntien ja opetussektorin tulisi erikseen sopia ennen 1.1.2019.

Vuoden 2017 aikana tulisi määritellä korvausmallit palveluittain. Työssä otetaan huomioon saadut kokemukset kuntien palveluja koskeneista kilpailutuksista sekä palvelusetelien käytöstä. Suun terveydenhuollossa olisi luontevaa soveltaa Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutuskorvauksia varten laatimia suoritemäärittelyjä. Suoriteperusteiset korvaukset soveltuvat myös terapiapalveluihin. Muiden palvelujen kohdalla tulisi harkita kiinteiden ja muuttuvien korvauserien yhdistelmää palvelujen luonteen mukaisesti. Sosiaali- ja terveyspalvelujen erilainen sisältö ja käytettävissä oleva tietopohja on korvauksia määriteltäessä tarpeen ottaa huomioon. Hyvin määritellyissä palveluissa vaihtoehtona on hoitoepisodin kiinteä rahoitus (”pakettihinnointelu”), johon voi liittyä vaikuttavuudesta riippuvia lisäeriä. Erityistä ja monimuotoista tukea tarvitsevien henkilöiden kohdalla olisi mahdollista käyttää henkilökohtaista budjetointia Suomessa saatuja kokemuksia hyödyntäen. Myös tässä työssä tulisi käyttää kansainvälistä tutkimustietoa.

5. Asiakasmaksujen vahvistaminen

Hyödyntämällä nykyistä kokemusta ja tutkimustietoa asiakasmaksuista ja niiden ohjausvaikutuksista ja vaikutuksista terveyden tasa-arvoon tulee valinnanvapauden piiriin kuuluvien palvelujen asiakasmaksut vahvistaa samalla kuin muut maakuntien järjestämisvastuuseen kuuluvien palvelujen maksut määrätään.

6. Valinnanvapaus julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa

Nykyisen lainsäädännön perusteella asiakas on oikeutettu hakemaan ammattihenkilön toteaman tarpeen mukaisen palvelun valitsemastaan terveyskeskuksesta tai sairaalasta. Asiakkaan maakunta on tulevaisuudessa velvollinen korvaamaan tästä palvelujen tuottajalle aiheutetut kustannukset. Jotta näistä valinnoista ei syntyisi epätoivottuja taloudellisia heijastusvaikutuksia, tulisi harkita yhtenäiseen hinnoitteluun siirtymistä tai maksimihintojen määrittämistä. Tätä tuotteistusta ja hinnastoa olisi mahdollista käyttää, mikäli kyseiset erikoispalvelut otettaisiin valinnanvapauden piiriin.

7. Tuottajien hyväksyminen osallistumaan valinnanvapausjärjestelmään

Selvityshenkilöt ehdottavat, että Valvira päättäisi julkisten, yksityisten tai kolmannen sektorin toimijoiden hyväksymisestä valinnanvapauden piiriin kuuluvien palvelujen tuottajiksi. Vuoden 2017 aikana valtion ohjausyksikön tulee yhteistyössä Valviran kanssa ja hyödyntäen THL:n ja Kelan asiantuntemusta päättää yksityiskohtaisista hyväksymiskriteereistä palveluittain.

8. Valinnanvapauden piiriin kuuluvien palvelujen mallisopimukset

Valtion ohjausyksikkö laatii yhteistyössä THL:n kanssa ja hyödyntäen kansainvälistä tutkimusta sosiaali- ja terveyskeskusten ja valinnanvapauden piiriin kuuluvien palvelujen tuottajien kanssa solmittavien sopimusten mallipohjat maakuntien käyttöön. Mallisopimuksissa määritellään palvelujen tuottajien tehtävien ja velvollisuuksien lisäksi mm. toiminnan hyvinvointi- ja terveystaloudelliset tavoitteet sekä ne toiminnan määrää, kustannuksia, laatua ja toiminnan vaikuttavuutta koskevat tiedot, jotka tuottajan tulee kerätä ja ilmoittaa ja, joiden avulla maakunta seuraa sekä sopimusten täyttymistä että maakunnan asukkaiden hyvinvoinnin ja terveydentilan muutoksia. Nämä tiedot sisällytetään myös niihin tietojärjestelmiin, jotka ovat asiakkaiden tukena kun he päättävät minkä tuottajan he valitsevat tietyn palvelun saamiseksi.

9. Sopimusten seuranta ja arviointia sekä asiakkaiden valintoja tukevien tietojärjestelmien suunnittelu

Sopimusten seuranta ja arviointi, mm. koskien sopimusehtojen täyttämistä ja rahoittajan ja järjestäjän asettamien tavoitteiden toteutumista (indikaattorien avulla mitattuna) tapahtuu käytettävissä olevien tietojärjestelmien avulla.

Olemassa olevat kansalliset tietojärjestelmiin ei kerätä yhdenmukaisella tavalla tietoja kaikista palvelujen tuottajien tuotantokustannuksista. Suunniteltaessa valinnanvapausjärjestelmän toteuttamista tulee valtion päättää missä laajuudessa ja millä aikataululla valinnanvapauden piirissä olevien palvelujen tuottajien edellytetään ilmoittavan viranomaisille tietoja tuotantokustannuksistaan sekä tilinpäätöksistään.

Tarkemmat suunnitelmat tarvittavista tietojärjestelmäjärjestelyistä ja -investoinnista laatii aluehallinto- ja sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusprojektin digitalisaatiota, ICT-palveluja ja tietohallintoa suunnitteleva valmisteluryhmä. Tietojärjestelmien uudistaminen tulee toteuttaa tiiviissä yhteistyössä varsinaisen valinnanvapausjärjestelmän virkavalmistelun kanssa.

10. Asiakkaiden osallisuus ja vaikutusmahdollisuudet

Sote-uudistuksen tavoitteiden mukaisesti myös valinnanvapausjärjestelmään on sisällytettävä yksittäisiltä palvelujen käyttäjiltä saadun palautetiedon lisäksi myös laajemmat kansalaisten mahdollisuudet osallistua valinnanvapausjärjestelmän arviointiin ja kehittämiseen.